

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CPN : Consultation Prénatale

DIU : Dispositif Intra Utérin

DSR : Division de la Santé de la Reproduction

EDS : Enquête Démographique et de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MIP : Maladies Inflammatoires du Pelvis

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PED : Pays en développement

PF : Planification Familiale

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

SA: Semaines d'Aménorrhée

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SFE : sage femme d'état

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SMN : Santé Maternelle et Néonatale

SR : Santé de la Reproduction

TDO : Traitement Directement Observé

TPI : Traitement Préventif Intermittent

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	28
Figure 2: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse	31
Figure 3 : Répartition des patientes selon le désir d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale	29
Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	29
Tableau III: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants	30
Tableau IV: Répartition des patientes selon le désir d'avoir d'autres enfants	30
Tableau V: Répartition des patientes selon l'espace inter générés désiré	31
Tableau VI: Répartition des clientes selon le moment de la première CPN	32
Tableau VII: Nombre de CPN réalisées.....	32
Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'obtention d'un document écrit sur la PF lors de la CPN	33
Tableau IX: Répartition des patientes en fonction de l'information reçue sur l'importance de l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse.....	33
Tableau X: Répartition des patientes selon la connaissance de l'intervalle de temps idéal entre deux accouchements	34
Tableau XI: Information reçue sur moyens d'éviter une grossesse	34
Tableau XII: Répartition des patientes selon la méthode contraceptive désirée après l'accouchement.....	36
Tableau XIII: Répartition des patientes selon la date désirée de début de contraception après l'accouchement	37
Tableau XIV: Répartition des patientes selon la connaissance ou non des signes de danger nécessitant un recours à des soins médicaux.....	38
Tableau XVI: Répartition des patientes selon conseils reçus sur comment et quand donner le sein	39
Tableau XVII: Répartition des patientes selon informations et conseils reçus sur les soins spéciaux et précautions à prendre durant la grossesse.....	39

Tableau XVII: Répartition des patientes selon les connaissances sur la préparation à l'accouchement	40
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la structure choisie pour l'accouchement	42
Tableau XIX : Caractéristiques socio-professionnelles des prestataires.....	43
Tableau XX : Services spécifiques offerts	43
Tableau XXI : Répartition des prestataires selon la formation reçue en Planification familiale	44
Tableau XXII: Niveau de connaissance des prestataires de l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse.....	45
Tableau XXIII : Connaissance du moment où une femme peut encore tomber enceinte après son accouchement.....	45
Tableau XXIV : Nombre de CPN recommandé aux femmes ayant une grossesse normale et pathologique	46
Tableau XXV : Répartition des prestataires selon la connaissance des signes de danger de la grossesse	47
Tableau XXVI : Sujets abordés avec les femmes pour la préparation de l'accouchement	48

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
A – RAPPELS SUR L’INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION	4
I. CONCEPT DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION.....	4
II. INTEGRATION DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION.....	5
III. MODELES D’INTEGRATION TESTES AU SENEGAL	8
B-LA CONSULTATION PRÉNATALE ET LA PLANIFICATION FAMILIALE	10
I. CONSULTATION PRENATALE (CPN)	10
1. Définition	10
2. Historique.....	11
3. Contenu des consultations prénatales.....	12
4. Organisation de la consultation prénatale	14
5. Organisation de la CPN au Sénégal	16
II. PLANIFICATION FAMILIALE	18
1. Définition et concepts.....	18
2. Historique	19
3. Méthodes de planification	20
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	
1. Cadre d’étude	25
2. Méthodologie.....	25
2.1. Type d'étude	25
2.2. Durée de l'étude	26
2.3. Echantillonnage	26
2.4. Critères d'inclusion	26
2.5. Critères de non inclusion.....	26
2.6. Collecte des données	26
2.7. Déroulement de l'enquête	27
2.8. Gestion et analyse des données	28
3. Résultats	28
3.1. Enquête auprès des patientes.....	28
3.2. Enquête auprès des prestataires	42

4. Discussion	49
4.1. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des gestantes	49
4.2. Caractéristiques socio-professionnelles des prestataires.....	49
4.3. Qualité des informations génériques sur le suivi de la grossesse.....	50
4.4. Intégration de la planification familiale aux soins prénatals.....	53
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	65
REFERENCES	63
ANNEXES.....	70

INTRODUCTION

Depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994, l'intégration des soins de santé est devenue une importante composante de la politique de promotion des populations dans le monde entier [54]. Le Plan d'Action de cette Conférence prescrit parmi les actions prioritaires pour la promotion de la santé des filles et des garçons : « *les pays doivent développer une approche intégrée pour les besoins spéciaux en nutrition, santé générale et reproductive en particulier des filles et jeunes femmes, étant donné que ces investissements additionnels peuvent souvent compenser les inadéquations précoces dans leur nutrition et soins de santé* » [54]. Ces recommandations furent réitérées lors d'événements majeurs tels que la Quatrième Conférence Internationale sur les Femmes à Beijing en 1995 [2].

Ces initiatives ont trouvé un écho favorable en Afrique où l'organisation continentale appelée Union Africaine a déclaré à plusieurs reprises son désir de réduire la charge de morbidité et de mortalité à travers la promotion de soins de santé intégrés. Ce désir a rencontré une grande motivation dans le besoin de résorber le retard accusé par la plupart des pays africains dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ainsi, parmi d'autres initiatives, l'Union Africaine a développé la « Feuille de Route pour l'accélération de l'atteinte des OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique » en 2004, dans laquelle un accent particulier a été porté sur le renforcement de la planification familiale et l'engagement communautaire. Cette composante a été considérée comme étant un moyen efficace de prévention des décès maternels et infantiles [3]. En septembre 2006, à Maputo, cette organisation a consacré une session spéciale de la Conférence des Ministres de la Santé à « l'Accès à des services de santé intégrés concernant la sexualité et la reproduction en Afrique ». Cette réunion a permis l'établissement du Plan d'Action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre Politique Continental pour la Promotion des Droits et de la Santé en matière de Reproduction et de

Sexualité en Afrique 2007-2010. Ce plan d'action cible neuf résultats stratégiques, le premier ayant trait à l'Intégration de la Santé Sexuelle et Reproductive et la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections sexuellement transmissibles (IST), le Paludisme dans le cadre des soins de santé primaires [1].

Toutes ces initiatives mentionnées ci-dessus démontrent un fort engagement pour promouvoir la santé des populations à travers des programmes et actions intégrés ; il est à remarquer que ceux-ci s'articulent souvent autour de la santé de la reproduction.

Au Sénégal, les conclusions de la Conférence du Caire ont été bien accueillies par le Ministère de la Santé qui décida en 1997 de remplacer le Programme National de Planification Familiale, qui était en cours à l'époque, par le Service National de la Santé de la Reproduction dotée d'une gestion indépendante et qui devait intégrer et coordonner toutes les activités relatives à ces questions ainsi définies par la CIPD. Cette initiative volontariste a été fortement accompagnée par les principaux partenaires du Sénégal en matière de santé. Ainsi, l'UNFPA, parmi d'autres actions, établit un projet afin de développer les soins intégrés de santé de la reproduction à travers des structures appelées Centres Pilotes de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction. Ces centres avaient pour objectifs :

- d'offrir un parquet intégré de service de santé de la reproduction aux femmes (contraception, soins prénatals, lutte contre l'infertilité et l'infécondité, prévention et traitement des maladies gynécologiques...), aux hommes (gestion de l'infertilité et les maladies uro-andrologiques...) et aux enfants (immunisation, suivi de la croissance...) dans la même structure avec une approche multidisciplinaire ;
- de devenir des services nationaux de référence pour les services de santé de la reproduction; et
- de mener des activités de formation et de recherche en santé de la reproduction.

Le Centre Pilote de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction de la Clinique gynécologique et Obstétricale de l'hôpital Aristide Le Dantec mis en place en 1999 avec l'appui de l'UNFPA.

Le but de cette étude était d'évaluer, au niveau dudit centre, le contenu des informations données au cours de la consultation prénatale d'une manière générale et l'intégration de planification familiale au cours des consultations prénatales en particulier.

Les objectifs étaient d'apprécier:

- le profil des patientes effectuant leur consultation prénatale ainsi que celui des prestataires offrant le service ;
- le contenu des informations générales données aux patientes concernant la grossesse et l'accouchement ;
- la nature et la complétude des informations reçues par rapport à la planification familiale au cours de la consultation prénatale ;

Dans une première partie, nous ferons un rappel sur l'intégration des soins en santé de la reproduction, la consultation prénatale et la planification familiale; nous exposerons notre méthodologie, rapporterons ensuite les résultats de notre travail avant de conclure et d'émettre des recommandations.

PREMIERE PARTIE :

RAPPELS

A – RAPPELS SUR L’INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

I. CONCEPT DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Le Sénégal a adopté le concept de santé de la reproduction tel que défini par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire. La Santé de la Reproduction (SR) est un état de complet bien-être physique, mental et Social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui touche l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. La Santé de la Reproduction suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et « sans risque », qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi.

La conférence du Caire a permis de mettre en évidence neuf (9) composantes minimales :

1. Contraception et santé sexuelle ;
2. Surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ;
3. Surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel du nourrisson, promotion de l'allaitement maternel exclusif (AME) et des bonnes pratiques de sevrage (BPS) et vaccination ;
4. Lutte contre les IST y compris le VIH/SIDA ;
5. Lutte contre la stérilité ;
6. Prévention des avortements et prise en charge de leurs complications ;
7. Prévention et prise en charge des affections de l'appareil génital, y compris les cancers ;
8. Lutte contre les mutilations génitales et les sévices sexuels et ;
9. Santé reproductive des adolescents.

Au Sénégal, la plupart de ces composantes était déjà prise en charge à travers différents programme ou structures: Programme national de planification

familiale (PNPF), Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), etc. La naissance du concept SR a conduit à une réorganisation et à une redéfinition des priorités, à savoir:

- la maternité à moindre risque,
- la santé sexuelle et reproductive des adolescents,
- l'élimination des pratiques néfastes à la santé,
- la prévention des grossesses non désirées,
- la lutte contre les IST y compris le VIH/SIDA, et
- la prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital.

II. INTEGRATION DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Les services intégrés de Santé de la Reproduction permettent aux femmes d'accéder à de multiples services en général au même moment, dans le même lieu, et souvent par le même prestataire. Si les services sont bien intégrés, par exemple, une femme venue pour des services de consultation prénatale pourrait ainsi recevoir des services de conseils et dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST y compris le VIH) et un traitement si nécessaire, mais aussi des conseils sur la planification familiale, la nutrition et l'hygiène. Des services intégrés permettent aux femmes d'accéder à une gamme plus large de services, d'informations et de soins au cours d'une même consultation et augmentent ainsi l'utilisation des services tout en améliorant la qualité et l'efficacité de ces services [5].

La question de l'intégration des services au sein des structures de santé est devenue d'actualité avec l'avènement des réformes dans le secteur de la santé des pays, suite à la conférence sur la Population et le Développement du Caire en 1994. Ces réformes peuvent être perçues comme une conséquence du besoin de mise en place d'une approche holistique pour traiter ou prévenir les maladies,

mais aussi du besoin d'une nouvelle organisation des services afin de les rendre plus efficents. Ces restructurations des services de santé devinrent alors une exigence pour l'amélioration continue de la qualité des soins [11].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'offre des services intégrés est définie comme « la gestion et l'offre de services de santé de sorte que les clients reçoivent un continuum de services préventifs et curatifs en fonction de leur besoin dans le temps et à travers différents niveaux du système de santé » [45].

L'intégration des soins consiste à « encourager les parties prenantes à travailler ensemble plus étroitement dans le but d'utiliser les ressources et connaissances disponibles plus efficacement, ce qui va réduire la fragmentation des soins disponibles et augmenter l'efficacité au sein du système de santé » [11]. Pour les clientes ou patientes, le principal objectif est de réduire les occasions manquées de dépister ou traiter d'autres pathologies concomitantes une fois qu'elles se présentent dans les structures sanitaires. Ainsi, l'on peut dire qu'intégrer les soins et services ne consiste pas seulement à les mettre ensemble dans la même structure ; celle-ci suppose de les organiser de telle sorte que chaque patient bénéficie d'un traitement ou d'un dépistage pour plusieurs pathologies liées lors d'une visite dans une structure sanitaire. En général, les hôpitaux disposent de plusieurs unités destinées au diagnostic et au traitement de nombreuses maladies. Cependant, cela ne reflète pas pour autant l'esprit de l'intégration des services. Ce concept signifie par exemple, qu'une patiente qui présente une structure sanitaire pour un besoin spécifique, soit invitée à procéder à un dépistage ou éventuellement, au traitement d'autres pathologies ou aux besoins identifiés lors de cette visite.

Même si d'importantes conférences et réunions ont fait la promotion des services de santé, les différents plans d'action tels que celui de la CIPD n'ont pas fourni de plan de mise en œuvre de services de santé de la reproduction

complets et intégrés [22]. Par conséquent, il n'existe pas de standard pour l'intégration des soins de santé .

Généralement, une approche pragmatique et opportuniste a guidé le choix des soins de santé à intégrer et la manière de réaliser cette intégration. Plusieurs expériences sont basées sur l'intégration d'un nouveau service ou soins à d'autres déjà existants et souvent rencontrent un certain succès. Ce fut le cas de la vaccination contre le papillomavirus (HPV) pour la prévention du cancer de l'utérus intégrée dans différents programmes de santé en cours [36,42].

Les programmes de traitement et de prévention de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA ont été liés avec des programmes de prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME) et des centres de counseling et tests intégrés dans l'Andhra Pradesh en Inde [12]. La nouvelle tendance propose tout simplement que la prévention et le traitement du VIH/SIDA soient inclus dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive, comme cela fut au début de l'épidémie. Cette opinion trouve sa justification dans le fait que le comportement sexuel est la principale cause de l'infection et aussi dans la reconnaissance de l'importance du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant [19,47].

A côté de ces approches, il existe d'autres actions qui ont été élaborées dans le but de réaliser l'intégration de nombreux services. Au niveau stratégique, des programmes tels que le Fond Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme visent à mettre en œuvre des interventions nationales intégrées et complètes afin de réduire significativement la charge de ces maladies [48]. Au Sénégal, le centre pilote de soins intégrés en santé de la reproduction est un exemple de cette approche dans laquelle, dès le début, plusieurs types de soins sont mis en commun. Cette approche ne semble pas commune si nous nous basons sur la littérature à laquelle nous avons eu accès.

III. MODELES D'INTEGRATION TESTES AU SENEGAL

Avec le soutien financier de l'USAID (Agence Américaine pour le Développement International) et l'appui technique d'Intra Heath et de Population Council, du Réseau Siggil Jigeen et d'Helen Keller International, le Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal a mis en place un paquet intégré de services de "Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, Planning Familial, Lutte contre le Paludisme» (SMNI/PF/PALU). Dans le cadre de la mise en œuvre de ce paquet intégré de services, trois modèles d'intégrations spécifiques ont été expérimentés :

- l'intégration des services de soins de la mère et du nouveau-né ;
- l'intégration de la planification familiale dans tous les services de SR et ;
- l'intégration de la prévention et de la prise en charge du paludisme dans les services de consultation prénatale, néonatale et postnatale.

L'intégration des soins maternels et néonatals est quelque chose de naturel et pratique dans la mesure où la mère et son enfant constituent un binôme où le bien-être de l'un dépend étroitement de l'autre. Ainsi, pour répondre simultanément aux besoins de santé des deux, un modèle intégré de services simple et peu coûteux est nécessaire. Au Sénégal, deux activités complémentaires -la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) et les Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN)- ont été combinées pour assurer un continuum de services pour la prise charge intégrée du couple mère-enfant. Intégrer la planification familiale dans les autres services de SR permet de prendre en charge les besoins habituellement non satisfaits de la femme en matière de contraception au cours de son cycle reproducteur, notamment durant les périodes post-partum et post-abortum.

Le paquet "Être Mère" a été le second modèle d'intégration développé pour accroître les connaissances et les capacités des prestataires en matière d'offre de services de planification familiale dans le cadre d'un ensemble intégré de santé de la reproduction. Cette intégration des services de PF dans les autres services

de SR a contribué à augmenter l'accès des femmes à l'information et aux services de planification familiale : en 2009, 10.419 femmes ont bénéficié de services de soins post-avortement et 59% d'entre elles ont pu accepter une méthode de planification familiale après leur traitement.

Le paludisme a des effets particulièrement nocifs sur les femmes enceintes et leurs enfants, et par conséquent sa prise en charge devrait être possible aux endroits où ces clientes se rendent pour obtenir des soins, particulièrement dans les services de consultation prénatale, néonatale et postnatale. L'intégration de ces services a fortement augmenté l'accès à l'information, ainsi qu'aux services de prévention et de traitement du paludisme chez ces populations à risque. Ainsi, 357.867 femmes ont reçu un traitement préventif intermittent (TPI) et 408.983 femmes ont reçu une prescription de moustiquaire imprégnée d'insecticide durant la période prénatale, ce qui indique une bonne intégration des directives de prévention du paludisme lors de la consultation prénatale. Cette mise en œuvre de l'intégration des interventions majeures initiées dans le cadre du projet SMNI / PF / PALU ont facilité la mise en œuvre de ces nouveaux modèles intégrés et permis de renforcer le système de santé sur lequel ils ont été construits. Deux initiatives spécifiques incluant une approche novatrice de formation du prestataire "Le Tutorat", et un système intégré d'information sanitaire ont contribué à consolider cette intégration des services.

Contrairement aux approches de formation traditionnelles qui se concentrent sur un type de service ou un ensemble de compétences spécifiques, le tutorat met l'accent sur la fourniture de services intégrés et holistiques, notamment: les compétences en IEC et en counseling, la gestion logistique, et l'assurance qualité. Il met surtout l'accent sur les facteurs de performance qui peuvent influencer la qualité des services (l'équipement, l'organisation des services). De par son approche, le tutorat maintient le prestataire dans son lieu de travail et assure la continuité des services pour les clients des services. Une autre importante caractéristique du "Tutorat" a été l'incorporation de l'approche

d'Identification Systématique des Besoins du Client (ISBC). L'ISBC est une stratégie permettant d'augmenter le nombre de services qu'une cliente reçoit lors d'une visite unique, et qui est basée sur l'utilisation d'une simple liste de contrôle permettant à un prestataire de poser des questions à la cliente et de fournir des services complets et intégrés.

L'offre de services intégrés, l'environnement de travail, et l'organisation des services se sont considérablement améliorés. Un système d'information sanitaire solide est également nécessaire pour assurer l'offre de services intégrés. Au Sénégal, la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) recueille ses propres données de routine sur les services de SR offerts au niveau des Points de prestations de services ainsi que la liste et les types de données devant être recueillies et consolidées à l'échelle nationale. Ainsi, avec le soutien du projet SMNI / PF /PALU, le SNIS et la DSR se sont réunis et ont procédé à l'harmonisation des données à collecter et des indicateurs de performance du programme SR.

B_ LA CONSULTATION PRÉNATALE ET LA PLANIFICATION FAMILIALE

I. CONSULTATION PRÉNATALE (CPN)

1. Définition

Selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), les soins prénatals sont des soins destinés à la femme enceinte afin de prévenir les complications de la grossesse et de diminuer la mortalité maternelle et pré-natale [6,40]. En d'autres termes, la consultation pré-natale constitue un ensemble d'activités essentielles au suivi de la grossesse [6,23]. Elle contribue à préserver la santé de la femme et celle du fœtus, si bien qu'au moment de l'accouchement, mère et enfant sont en aussi bonne santé que possible [41].

La surveillance de la grossesse a donc pour but principal de limiter la morbidité et la mortalité maternelles, périnatales et infantiles [28, 38, 39, 43, 44, 49, 51].

Pour y parvenir, des stratégies appropriées sont orientées vers des activités tant préventives, curatives que promotionnelles. Une surveillance de qualité de la grossesse requiert un nombre suffisant de consultations prénatales prodiguées par des agents de santé qualifiés, dans des structures de santé répondant aux normes et protocoles en vigueur [31-33].

La qualité des soins prénatals est fondamentale pour une réduction consistante de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales [50].

Cependant, cette qualité est limitée dans la plupart des pays en développement par plusieurs facteurs socioculturels, sanitaires et économiques [31, 51, 53].

Le suivi prénatal, assuré dans le cadre des consultations prénatales, est « la clé de la maternité sans risque » [51].

2. Historique

L'histoire médicale et l'organisation de la prise en charge de la maternité sont relativement récentes au regard de l'histoire de l'humanité.

Les pratiques médicales, dans le cadre de la surveillance de la grossesse, existent dans les pays occidentaux depuis le début des années 1900. Elles n'ont été exportées vers les pays en développement que plus tard pour y réduire les forts taux de morbidité et mortalité maternelle et périnatale.

Depuis les années 90, il s'est opéré une augmentation sensible du recours aux CPN dans les pays en développement. C'est en Asie que les progrès ont été plus nets, principalement en raison des changements rapides survenus dans quelques grands pays comme l'Indonésie. Une augmentation marquée a également été enregistrée dans la région des Caraïbes et en Amérique latine, même si, dans les pays de ces régions, les taux de consultation prénatale étaient déjà relativement élevés [51].

En revanche, en Afrique subsaharienne, les recours aux consultations prénatales n'ont augmenté que marginalement au cours de la décennie. D'importants investissements pour les soins prénatals ont été faits dans ces pays. La Tunisie a

implanté depuis 1990, un programme national de périnatalité visant à réduire la mortalité maternelle et périnatale, lequel programme prévoit le renforcement de la prise en charge prénatale et l'amélioration des conditions d'accouchement en milieu assisté [7]. Dans la même lancée, en 1989-1990 au Niger [37], le Ministère de la Santé Publique a introduit une nouvelle fiche opérationnelle de CPN basée sur la mesure de certains facteurs de risques et la conduite à tenir dans chaque situation. En 1998, lors de la Conférence Internationale à Nairobi, le Sénégal a adhéré à « l'initiative pour une maternité sans risque » [13].

A l'heure actuelle, dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire, presque toutes les femmes enceintes utilisent les consultations prénatales [56]. Même dans les pays à faible revenu, les taux de couverture des soins prénatals sont souvent assez élevés.

Au Sénégal, la mise en œuvre des actions du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2008 a permis d'améliorer la couverture en consultation prénatale (CPN) qui est passée de 64% à 74% entre les enquêtes de 1993 (EDS II) et de 1997 (EDS III), soit une augmentation de 10 %. Par milieu de résidence, dans l'EDS-III, 95 % des naissances urbaines ont reçu des soins prénatals, contre 76 % des naissances rurales, tandis que dans l'EDS-IV, elles représentent 96 % des naissances urbaines et 82 % des naissances rurales [30].

3. Contenu des consultations prénatales

Il est constitué par le paquet de soins devant être offert à la gestante tout au long de la grossesse.

3.1. Consultation du premier trimestre

Elle est réalisée avant la fin de la 15^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) ou lorsque la femme pense être enceinte. La première consultation prénatale débute toujours par un entretien approfondi, suivi d'un examen clinique général et gynéco-obstétrical détaillé et elle doit atteindre les objectifs suivants [24, 28, 29] :

- confirmer l'état de grossesse ;
- évaluer les facteurs de risque qui déterminent le pronostic de la grossesse ;
- prescrire les examens para cliniques indispensables ;
- établir le calendrier de surveillance de la grossesse ;
- prodiguer des conseils hygiéno-diététiques ;
- ouvrir le carnet de suivi de grossesse et;
- préciser le terme de l'accouchement.

3.2. Consultations intermédiaires

Les consultations prénatales intermédiaires sont réalisées entre la 15^{ème} et la 36^{ème} SA. Il est souhaitable qu'elles soient réalisées par le même prestataire [29].

Elles ont pour objectifs de :

- vérifier la bonne évolution de la grossesse et l'absence de pathologies intercurrentes ;
- évaluer l'évolution de l'état maternel depuis la première consultation prénatale ;
- apprécier le retentissement d'une affection maternelle préexistante sur la grossesse ;
- vérifier les résultats d'examens complémentaires ;
- dépister les premiers signes de modification cervicale et toute menace d'interruption de grossesse, puis mettre en œuvre une prise en charge idoine ;
- en cas de pathologies sévères, juger des bilans à entreprendre, des thérapeutiques à instaurer ou à modifier, d'une hospitalisation ;
- discuter d'un arrêt de travail en cas de repos indispensable et;
- débuter la préparation à l'accouchement.

Comme au premier trimestre, l'évolution de la grossesse sera à chaque consultation intermédiaire surveillée par l'interrogatoire, l'examen clinique et la réalisation du bilan para clinique.

3.3. Consultation de fin de grossesse

C'est la dernière consultation prénatale obligatoire qui a lieu entre la 37^{ème} et la 39^{ème} SA. Elle vise plusieurs objectifs spécifiques [28,29] :

- évaluer le pronostic de l'accouchement ;
- discuter avec la gestante du mode d'accouchement et l'y préparer ;
- prévenir les complications du dépassement du terme ;
- prévoir une consultation pré-anesthésique en cas de césarienne programmée ou d'anesthésie péridurale.

Cette consultation doit être impérativement assurée par le prestataire de soins prénatals qui aura la responsabilité de l'accouchement ou par une équipe obstétrico-pédiatrique, voire anesthésique.

Sa réalisation est basée sur l'examen général et surtout l'examen obstétrical.

L'examen général évalue le gain pondéral total, qui correspond à 10-12 Kg chez la femme de poids normal et de 7 à 9 Kg chez la femme obèse.

Il est important de rechercher une déformation du squelette osseux, et la présence de contractions utérines, ainsi que d'apprécier l'état général de la gestante.

Les données végétatives (tension artérielle, pouls, température) sont à noter.

L'examen obstétrical doit être minutieux, pratiqué sur une gestante rassurée. Son pronostic est d'établir le pronostic de l'accouchement.

A la fin de la consultation du 9^{ème} mois, après avoir apprécié les paramètres maternels et fœtaux, il faut conclure le pronostic d'accouchement et prendre une décision : accepter l'accouchement par voie basse, réaliser une césarienne d'emblée ou accepter une épreuve du travail.

4. Organisation de la consultation prénatale

Les consultations prénatales sont effectuées dans les structures sanitaires des secteurs public et privé. Dans plusieurs régions du monde, il est instauré un système des services de Santé Maternelle et Néonatale ou Infantile (SMN ou

SMI) en plus des services d'obstétrique des centres hospitaliers. Le secteur privé de soins prénatals est constitué par les cabinets médicaux et les cliniques agréées.

Les locaux où se déroule les CPN doivent être proches du domicile des femmes, ce qui implique une forte décentralisation [16,33]. Les locaux très simples doivent être composés d'une salle d'attente confortable, d'une salle d'examen appropriée, ainsi que d'un laboratoire médical [51].

La disponibilité des médicaments au niveau des points de prestations garantit une meilleure observance pour les traitements prophylactiques.

Les locaux doivent répondre aux critères suivants : intimité, confidentialité, confort, sécurité, bonne circulation des bénéficiaires [32,33].

Une stratégie clé des soins prénatals focalisés est que chaque consultation doit être menée par un prestataire de soins de santé qualifié : sage-femme, médecin obstétricien ou généraliste ou infirmier [51].

La sage-femme assure, en grande partie, les consultations prénatales au sein des services de SMN. La surveillance de la grossesse physiologique ou à bas risque leur est réservée, ainsi qu'aux médecins généralistes, à la limite de leurs compétences en matière de prise en charge des grossesses à risque. Si la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, en particulier lors du premier examen prénatal, elle adresse la gestante à un médecin spécialiste pour suivre en commun la grossesse. Les médecins obstétriciens et les médecins généralistes couvrent en général les hôpitaux et le secteur privé en soins prénatals [25]

Quel qu'il soit, le prestataire doit être compétent, disponible, accueillant, et bienveillant [32,33]. Au niveau des services, les différents prestataires doivent être en nombre suffisant (1 sage-femme d'Etat pour 300 femmes en âge de reproduction) entretenant une bonne collaboration inter et intra sectorielle avec une bonne répartition des tâches.

5. Organisation de la CPN au Sénégal

En matière de CPN, au Sénégal, les prestations sont définies dans le paquet minimum d'activités intégrées [31,32]. Les CPN sont effectuées au niveau des postes de santé, des centres de santé et des hôpitaux par des agents de santé qualifiés (sage-femme, infirmier d'état, assistant infirmier, médecin généraliste, gynécologue obstétricien) [32].

Pour avoir une couverture en CPN selon l'OMS, un minimum de quatre consultations est obligatoire : une au premier trimestre, une au deuxième trimestre et deux au troisième trimestre [33,34].

Certaines mesures préventives sont spécifiques au Sénégal et aux pays en développement :

- la supplémentation en fer et acide folique ;
- la vaccination antitétanique selon le statut vaccinal ;
- la vérification de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée ;
- le Traitement Préventif Intermittent (TPI) : il s'agit de l'administration de 3 comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine 500 mg (s) et 25 mg (p) à partir de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée ou dès la perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante. Cette administration doit se faire selon le principe du traitement directement observé (TDO) : les comprimés sont administrés durant la consultation en présence du prestataire. Une deuxième dose est administrée 1 mois plus tard.
- la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) du VIH/SIDA ;
- les conseils hygiéno-diététiques ;
- le counseling sur la reconnaissance des signes de danger (arrêt des mouvements actifs du fœtus, douleurs à type de contraction, brûlures mictionnelles, leucorrhées, saignement génital, etc.) ;
- la sensibilisation contre les pratiques néfastes et ;

➤ la préparation à l'accouchement :

- ✓ détermination du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé,
- ✓ préparation du matériel clé pour un accouchement,
- ✓ identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence,
- ✓ mobilisation des ressources financières pour le transport et les dépenses d'urgence au moment de l'accouchement pour la mère et l'enfant.

Ce schéma est sensiblement le même pour beaucoup de pays de l'Afrique subsaharienne, tandis que pour la plupart des régions des pays développés le nombre obligatoire de consultations prénatales varie de 5 à 15 [51].

A côté de la CPN de routine, une approche actualisée appelée CPN recentrée ou CPN focalisée a vu le jour. La consultation prénatale recentrée est une approche qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que le nombre de visites. Elle nécessite un prestataire qualifié. Il s'agit de la détection et le traitement précoce des complications de la grossesse, la promotion des moustiquaires imprégnées, l'utilisation de la Sulfadoxine-Pyriméthamine pour la chimioprophylaxie du paludisme et la préparation à l'accouchement. La consultation prénatale recentrée programme au moins quatre visites au cours de la grossesse : la première visite avant 14 semaines d'aménorrhée, ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte, la deuxième entre 15 et 27 semaines ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre, la troisième entre 28 et 34 semaines et la quatrième à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

Au cours de cette dernière, l'examen du bassin est impératif. Le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement, la voix d'accouchement ainsi que le lieu d'accouchement.

En France, les consultations prénatales obligatoires sont au nombre de 7 : une CPN au premier trimestre, puis une tous les mois en contre partie desquelles les gestantes perçoivent une allocation de la caisse de sécurité sociale [51].

II. PLANIFICATION FAMILIALE

1. Définition et concepts

La **planification familiale**, ou le **planning familial**, est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir d'avoir un enfant.

La contraception est une des composantes de la planification familiale. Elle est définie comme l'ensemble des méthodes ou moyens permettant d'éviter la survenue d'une grossesse de façon temporaire et réversible [15].

La contraception améliore le bien-être familial et permet la prévention des grossesses à risque: non désirées, précoces, tardives, nombreuses et rapprochées.

La contraception doit répondre à 4 critères fondamentaux :

- **l'innocuité** : rareté des effets secondaires inconfortables mais non dangereux pour la santé de l'utilisatrice ;
- **la réversibilité** : la contraception doit garantir un retour rapide à la fertilité après l'arrêt de la méthode ;
- **l'acceptabilité** physique et psychologique et;
- **l'efficacité** : l'efficacité contraceptive est mesurée par l'Indice de Pearl, qui correspond au nombre de grossesses pour 100 femmes après 12 mois d'utilisation (un indice égal à 1 veut donc dire qu'en moyenne, pour 100 femmes qui utilisent de façon adéquate une méthode de contraception donnée pendant 12 mois, 1 devient quand même enceinte).

$$\text{Indice de Pearl} = \frac{\text{Nombre de grossesses non désirées} \times 1200}{\text{Nombre de mois d'exposition à la grossesse}}$$

2. Historique [15,17,52]

La limitation des naissances existe depuis longtemps et est probablement née dans la préhistoire. Durant l'antiquité, infanticide, avortement et contraception furent pratiqués. Ceci montre la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle. Malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

En Égypte, un dispositif intra utérin y a été décrit il y a environ 5000 ans.

Tous les principes actuels de la contraception sont connus depuis longtemps et ont été utilisés de façon peut être empirique mais certainement raisonnée.

Les obturateurs féminins telles les éponges imprégnées ou non de goudron végétal, de cire, de miel, ou de vinaigre ont fait leur apparition dès l'antiquité.

A la fin du XIX^{ème} siècle, le diaphragme fut introduit suivi de la cape cervicale. C'est au cours du 20^{ème} siècle, que les moyens contraceptifs se sont modernisés ; ainsi on assiste à la multiplication des méthodes avec diverses origines. En 1928, OGINO au Japon établit une probabilité de l'ovulation. En 1930, KNAUSS fit une prévision statistique de l'ovulation d'après la durée des cycles. Auparavant en 1904, VAN DE VELDE avait découvert la courbe biphasique suite à l'observation d'une variation de la température basale du corps au moment et après les règles. En 1939, ROBINSTEIN nota les relations entre la montée thermique du 14^{ème} jour et le pic oestrogénique. En 1947, FERIN proposa l'étude de la température comme méthode contraceptive. Cette méthode fut suivie par de nombreuses méthodes associées ou non à des calculs de prévisibilité de type OGINO-KNAUSS. A partir de 1950, des facteurs spermicides et tensioactifs étaient étudiés sous forme de crèmes, de gelées et d'ovules. En 1954, PINCUS, CHANG et ROCK (USA) synthétisèrent pour la première fois les progestatifs macrodosés. La première pilule oestroprogestative par mélange à forte dose de noréthindrel et de mestranol naquit en 1955. Par la suite de nombreux contraceptifs stéroïdiens différents, contenant des doses de

plus en plus réduites d'œstrogènes et de progestatifs (pilule normodosée et minidosée) et en plusieurs séquences (séquentielle, mono, bi, triphasique) ont été mis au point.

A partir de 1962, le stérilet au polyéthylène est universellement utilisé avec, des centaines de modèles linéaires membranaires à trois dimensions.

C'est en 1975, que ZIPPER et TATUON (USA) ont réussi à adjoindre du cuivre au stérilet en polyéthylène puis du progestatif de synthèse.

En 1983, BECULIER et HERMAN découvrent en France une antiprogestérone : la mifépristone.

Le programme de recherche et de développement qui a mené à la production d'implants sous-cutanés au Levenorgestrel (Norplant*) a débuté en 1966 au centre de recherche biomédical du « Population Council » aux Etats-Unis. Au milieu des années 80, plusieurs progestatifs dits de nouvelle génération furent introduits (Désogestrel, Gestodène et Norgestimate).

Malgré les avancées spectaculaires en matière de contraception ces dernières décennies, force est de constater que les inégalités persistent dans l'accès aux moyens contraceptifs. En Afrique sub-saharienne, moins de 20 % des femmes utilisent une contraception, avec des conséquences dramatiques sur le nombre de grossesses non désirées aboutissant, le plus souvent à des avortements illégaux, mettant en jeu la vie des femmes. Il est rapporté 80 millions de grossesses non désirées par an dans le monde dont 45 millions aboutissent une interruption volontaire de grossesse (IVG). Dans près de la moitié des cas, ces IVG sont réalisées dans des conditions illégales et précaires, ce qui aboutit chaque année à la mort de 70 000 femmes, ces décès survenant dans les pays peu développés dans 97 % des cas [18].

3. Méthodes de planification

Aujourd'hui, il existe une large gamme de méthodes contraceptives. Elles sont classées en 3 groupes :

- **La planification familiale naturelle**

Selon l'OMS, les méthodes naturelles de planification familiale sont les méthodes basées sur l'identification des jours où la femme est féconde. Elles utilisent soit un calcul de jours, soit une observation des signes cliniques de fertilité (les sécrétions cervicales et/ou la courbe des températures). Les méthodes naturelles sont aussi appelées les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité. Il s'agit de la méthode Ogino, la Méthode des Jours Fixes (MJF), les tests d'ovulation, la méthode des températures, la méthode Billings, l'algorithme des deux jours ou Two Day method, la méthode sympto-thermique et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).

- **Les méthodes locales ou mécaniques**

Les méthodes mécaniques comprennent : les méthodes de barrière et le dispositif intra-utérin.

- **Les méthodes hormonales comprennent :**

- les méthodes orales : pilules : Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et Contraceptifs Oraux Progestatifs (COP)
- les méthodes injectables : Contraceptives Injectables Combinées (CIC) et Contraceptifs Injectables Progestatifs (CIP)
- les méthodes sous-cutanées : Implants
- les DIU hormonaux
- les méthodes cutanées : patch contraceptif
- l'anneau vaginal.

4. Consultation de contraception

a. Counseling

Le counseling est un processus par lequel une personne est aidée à exprimer ses besoins ou problèmes, à identifier les solutions possibles et à prendre une décision libre et éclairée en matière de planification familiale.

Le counseling est généralement effectué par un médecin, une sage-femme, une infirmière ou une assistante sociale. Ses différentes étapes peuvent résumées sous l'acronyme BERGER (Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Rendez-vous).

- Bienvenue ou salutations : inviter la patiente à s'asseoir, faire les présentations, la rassurer sur le caractère privé de l'entretien.
- Entretien : demander le motif de la visite, aider la cliente à exprimer ses besoins, recueillir les informations utiles.
- Renseignements : Evaluer les connaissances de la cliente en matière de contraception, lui demander de préciser ses sources d'information , lui exposer les différentes méthodes qui sont à sa disposition et en prenant soin d'informer clair et juste sur les aspects de chaque méthode disponible : efficacité, avantages et inconvénients, effets secondaires et complications, utilisation, prévention des MST / VIH ; rythme des consultations (quand revenir ?) et le coût.
- Choix : A la fin de cet entretien le dispensateur est en mesure de demander à la cliente la méthode choisie. Le prestataire doit rester neutre et s'assurer que la cliente est bien informée. Le choix doit se faire en fonction des valeurs socio-religieuses de la patiente, de sa sexualité et de son profil psychologique. Il est important de faire comprendre à la cliente que le choix définitif dépendra des données de l'examen clinique.
- Expliquer : Fournir des explications sur la méthode choisie en renforçant les informations sur la présentation, le mode d'action, le mode d'utilisation, les avantages, les inconvénients, les modalités du suivi.

- Rendez-vous : Fixer les jours de rendez-vous et de visites de contrôle pour évaluer la satisfaction de la cliente.

b. Bilan de la cliente

Les objectifs du bilan de la cliente sont les suivants: vérifier qu'une cliente n'est pas enceinte, classer la cliente selon les critères d'éligibilité et, dépister des pathologies de l'appareil génital nécessitant une prise en charge adéquate. Le bilan doit se faire dans un local calme, assurant la discréetion, la confidentialité et la sécurité du client. Il repose essentiellement sur l'examen clinique (interrogatoire et examen physique) complété par l'utilisation des listes de contrôle. Les examens complémentaires ne seront demandés qu'en cas de nécessité.

A partir de 1994, l'O.M.S. a revu les critères médicaux permettant de commencer et de continuer à utiliser toutes les méthodes de contraception. Il s'en est suivi un système de classification. Dans ce système, l'adéquation des différentes méthodes de contraception est déterminée en analysant les risques et les avantages, sur le plan santé, par rapport aux conditions spécifiques.

Une condition est définie de sorte à inclure les caractéristiques biologiques de la femme telles que l'âge ou les antécédents en matière de reproduction et tout problème médical préexistant, par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle.

La présence d'une condition spécifique influençant l'admissibilité pour l'utilisation d'une méthode de contraception se classe dans l'une des catégories suivantes :

- Classe 1 : Utiliser la méthode qu'elle que soit la circonstance
- Classe 2 : Utiliser généralement la méthode

- Classe 3 : l'emploi de la méthode n'est généralement pas recommandé à moins que d'autres méthodes appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables
- Classe 4 : La méthode ne devrait pas être utilisée

c. Dispensation de la méthode

Après une étude du choix, et de l'éligibilité médicale, on peut immédiatement ou différer l'administration la méthode choisie. On s'intéressera tout de même à la date des dernières règles, à la notion d'allaitement, d'avortement ou d'accouchement sans allaitement. Il faut vérifier que la patiente a bien compris l'utilisation de la méthode et les petits signes qui doivent nécessiter une consultation, comment rectifier et comment arrêter. Terminer par organiser un planning de suivi.

d. Suivi

Le rythme de suivi dépendra de la méthode choisie. En effet, c'est l'occasion de répondre aux questions des clientes, de les aider si elles ont un problème et de vérifier leur emploi correct de la méthode. Si des effets secondaires sont identifiés, ceux-ci seront pris en charge.

DEUXIEME PARTIE :

Notre étude

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Pilote de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction. Ce Centre a démarré ses activités en Avril 1999. Il est l'une des unités de la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Hôpital Universitaire Aristide Le Dantec. Créé avant les Indépendances des pays africains, cette maternité est la plus ancienne de Afrique de l'Ouest francophone. C'est à cause de son âge avancé qu'elle a été fermée et mise en rénovation depuis 2005. La cessation des activités de la maternité n'a pas, pour autant, entraîné la fermeture du Centre Pilote. Cependant, cela a entraîné une baisse significative des activités de cette structure. Le Centre Pilote offre des services en Planification Familiale, consultation gynécologique, soins prénatals et post nataux et échographie. Il étend aussi ses activités à la lutte contre l'infertilité, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires, ainsi que les soins et le support psychologique au profit des victimes de violences sexuelles. Cependant, cette structure n'a pas été conçue pour assurer des hospitalisations. Toutes les patientes y sont suivies en ambulatoire.

2. Méthodologie

2.1. Type d'étude

Cette évaluation était basée sur une étude descriptive, transversale conçue de manière à apprécier la nature et la complétude des informations générales données au patientes pendant les consultations prénatales et à mesurer des indicateurs quantitatifs et qualitatifs standardisés de l'intégration des informations liées à la planification familiale à ces consultations prénatales dans une structure de soins ambulatoires.

Le volet quantitatif reposait sur la collecte des données à l'aide d'un questionnaire soumis aux patientes.

Le volet qualitatif concernait les prestataires et les gestantes venues pour une consultation prénatale durant notre période d'étude.

Cette étude était une évaluation des ressources, et de la qualité des services offerts par le Centre Pilote, mais ceci, sous l'angle de l'intégration des services. A cet effet, nous avions utilisé des méthodes d'évaluation déjà éprouvées, tout en les adaptant au contexte et aux conditions de fonctionnement du système de santé sénégalais.

2.2. Durée de l'étude

Notre enquête s'est déroulée sur une période de 10 mois, du 09/08/2011 au 10/05/2012.

2.3. Echantillonnage

Un recrutement exhaustif a été mené chez les patientes venues en consultation prénatale et tous les prestataires exerçant au sein de la structure durant notre période d'étude.

2.4. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude toutes les gestantes venues à la consultation et tous les prestataires qui étaient présents durant notre période d'étude et qui ont accepté d'y participer.

2.5. Critères de non inclusion

Toutes les gestantes et les prestataires qui n'ont pas manifesté le désir de participer à l'enquête n'étaient pas inclus dans l'étude.

2.6. Collecte des données

Deux cibles étaient considérées pour la collecte des données : le personnel soignant et les clientes ou patientes.

Pour le personnel soignant, un questionnaire leur a été remis, il s'agit donc d'un questionnaire auto-administré. Ce questionnaire relevait les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, le type de formation reçue en matière de soins prénatals et de Planification Familiale, les connaissances, l'expérience et la pratique en matière de soins prénatals et le degré d'intégration des soins dans la pratique quotidienne.

Les clientes ou patientes ont été interviewées à l'aide d'un questionnaire structuré. Cependant, les questions étaient traduites en Wolof. Les interviews se sont déroulées après qu'elles aient reçu les soins ou services, mais aussi avant qu'elles n'aient quitté le Centre Pilote. Le questionnaire permettait de recueillir les informations suivantes : les caractéristiques sociodémographiques des gestantes, leurs antécédents, les données du suivi de la grossesse, les informations reçues lors de la consultation prénatale sur les signes de danger de la grossesse et la planification familiale, le niveau de connaissance des gestantes et le respect des mesures préventives, et les données relatives à la préparation de l'accouchement.

2.7. Déroulement de l'enquête

❖ Phase préparatoire

Une enquête préliminaire sur 30 unités statistiques était organisée avant le démarrage des activités de l'enquête proprement dite permettant d'évaluer les questionnaires, les enquêteurs et la durée d'administration des outils de collecte.

❖ Phase d'enquête proprement dite

L'enquête auprès des clientes a été menée par deux étudiantes en médecine. L'entretien était fait après la consultation prénatale (CPN) dans une salle isolée et différente de celles où se déroulaient les CPN.

2.8. Gestion et analyse des données

Les données quantitatives étaient saisies avec Epi data. Des contrôles de range et de cohérence étaient effectués pendant cette opération. Ces données étaient contrôlées secondairement et analysées avec Stata et Excel. Les données qualitatives étaient, quant à elles, analysées manuellement, selon la technique de l'analyse des contenus. Les informations étaient combinées avec celles obtenues dans l'analyse quantitative afin de mieux cerner les questions abordées.

3. Résultats

Le questionnaire a été proposé à 203 patientes, 193 ont accepté d'y répondre, soit un taux d'acceptation de 95,1%. Quant aux prestataires, 17 ont rendu le questionnaire sur les 20 distribués soit un taux de participation de 85%.

3.1. Enquête auprès des patientes

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales

- L'âge

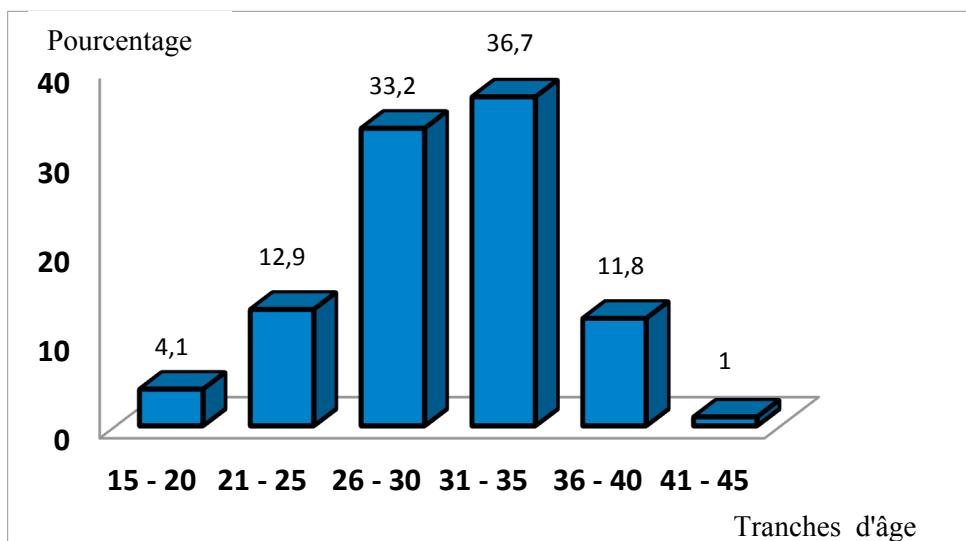


Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

L'âge moyen des patientes était de 30,3 ans avec des extrêmes de 17 et 42 ans. Près de trois quart (69,9%) de notre échantillon avait un âge compris entre 26 et 35 ans.

- La situation matrimoniale

Tableau I : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Nombre	Pourcentage (%)
Mariées	190	98,4
Divorcées	2	1
Non précisé	1	0,5
Total	193	100

Notre échantillon était constitué, pour l'essentiel, de femmes mariées (98,4%).

- Le niveau d'instruction

Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Nombre	Pourcentage (%)
Niveau secondaire	73	37,8
Niveau primaire	55	28,5
Niveau supérieur	30	15,5
Absence de scolarisation	27	14
Autre	1	0,5
Non précisé	7	3,6
Total	193	100

La majorité des patientes était instruite (81,8%), 15,5% d'entre elles avaient fait des études supérieures.

- **Le nombre d'enfants vivants**

Tableau III: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectifs	Pourcentage (%)
0	65	33,7
1	68	35,2
2	33	17,1
3	18	9,3
≥ 4	9	4,6
Total	193	100

Le nombre moyen d'enfants vivants par femme était de 1,2 avec des extrêmes de 0 et 9 ; 31% des clientes avaient au moins deux enfants vivants.

3.1.2. Projets de maternité

Tableau IV: Répartition des patientes selon le désir d'avoir d'autres enfants

Désir d'avoir des enfants dans le futur	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	157	81,3
Non	17	8,8
Non précisé	20	9,9
Total	193	100%

La majorité des clientes interrogées (81,3 %) ont manifesté le désir d'avoir d'autres enfants dans le futur et désiraient espacer leurs naissances d'au moins deux ans (99,4%) comme indiqué au tableau IV.

Tableau V: Répartition des patientes selon l'espace inter génésique désiré (N= 157)

Espace inter génésique (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
1	1	0,6
2	65	41,4
3	56	35,6
4 ans et plus	35	22,4
Total	157	100%

3.1.3. Suivi de la grossesse

- **Terme de la grossesse**

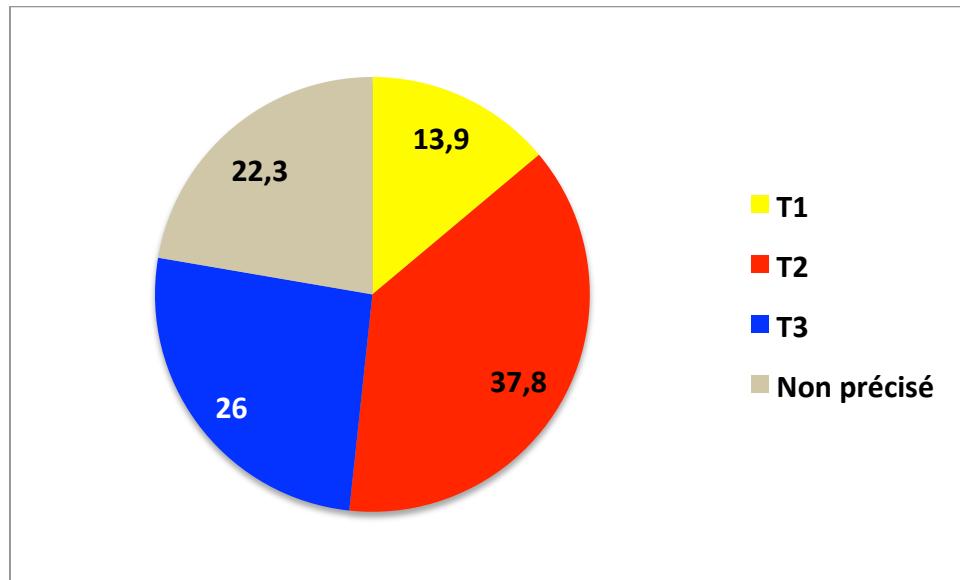


Figure 2: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

L'âge gestationnel moyen était de 5,3 mois ; plus de la moitié des femmes (63,7 %) portaient une grossesse de plus de 3 mois au moment de l'enquête. Une proportion de 13,9% des patientes étaient au premier trimestre, 37,8% au deuxième trimestre et 26% au troisième trimestre. Cette information n'était pas précisée chez 22,3% des patientes.

- Première consultation prénatale (CPN)

Tableau VI: Répartition des clientes selon le moment de la première CPN

Mois	Nombre	Pourcentage (%)
1 ^{er} trimestre	165	85,4
2 ^e trimestre	15	7,7
3 ^e trimestre	1	0,5
Non précisé	12	6,2
Total	193	100

La majorité des patientes (85,4%) avait effectué leur première CPN au premier trimestre de la grossesse.

- Nombre de CPN

Tableau VII: Nombre de CPN réalisées

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage (%)
1	24	12,4
2	69	35,7
3	50	25,9
4	28	14,5
5	14	7,3
6 et plus	8	4,1
Total	193	100

Au moment de l'enquête, un tiers des clientes (35,7%) avait déjà effectué deux consultations prénatales avec une moyenne de 2,8. La date de la prochaine CPN était connue de 87,6% des clientes au sortir de l'entretien avec le prestataire.

3.1.4. Planification familiale (PF) et espacement optimal des naissances

Cette section du questionnaire évaluait les informations fournies par le prestataire à l'endroit de la cliente sur la planification familiale et l'espacement des naissances.

- **Délivrance d'un document écrit à la cliente**

Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'obtention d'un document écrit sur la PF lors de la CPN

Document écrit sur PF	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	22	11,4
Non	171	88,6
Total	193	100

Une proportion de 11,4% des clientes avait reçu un document écrit sur la PF au décours de la CPN.

- **Intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse**

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction de l'information reçue sur l'importance de l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse

Intervalle de temps idéal	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	21	10,9
Non	172	89,1
Total	193	100

Une proportion de 10,9% des clientes avait reçu de la part du prestataire une information relative à l'intervalle de temps idéal entre deux grossesses.

- Intervalle de temps entre deux accouchements**

Tableau X: Répartition des patientes selon la connaissance de l'intervalle de temps idéal entre deux accouchements

Intervalle (en année)	Effectifs	Pourcentage (%)
1	1	0,5
2	118	61,1
3	39	20,2
4	10	5,2
5	14	7,3
6 et plus	2	1
Ne sait pas	9	4,7
Total	193	100

Pour 61,1% des clientes, l'intervalle de temps idéal entre deux accouchements est de 2 ans. Près d'un tiers des clientes (32,7%), pensaient qu'il fallait au moins trois années entre 2 accouchements.

- Informations reçues sur les moyens d'éviter une grossesse**

Tableau XI: Information reçue sur moyens d'éviter une grossesse

Counseling PF	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	35	18,1
Non	158	81,9
Total	193	100

Moins de 20% des patientes vues en CPN (18,1%) avaient reçu des informations sur les moyens d'éviter une grossesse. L'information fournie sur la PF portait plus sur les méthodes de longue durée et les progestatifs : 42,9% pour le

dispositif intra-utérin, 20% pour les implants et les pilules progestatives. Les autres méthodes abordées étaient le diaphragme (2,8%), la pilule oestro-progestative (2,8%) et les autres méthodes d'appoint (8,6%). Pour une patiente, cette information n'était pas précisée.

Le lieu de procuration de la méthode contraceptive était indiqué à 34 des 35 clientes.

- Informations sur la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)**

Méthode de contraception particulière, la MAMA a fait l'objet d'une question séparée. Seules 8 patientes (4,1%) avaient reçu des informations sur cette méthode de contraception.

Concernant les conditions à remplir pour l'utilisation de la MAMA, 50% d'entre elles comprenaient qu'il fallait allaiter exclusivement au sein, trois patientes savaient que le nourrisson devait avoir moins de 6 mois et une seule patiente était consciente que le cycle menstruel ne devait pas avoir repris.

- Désir d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement**

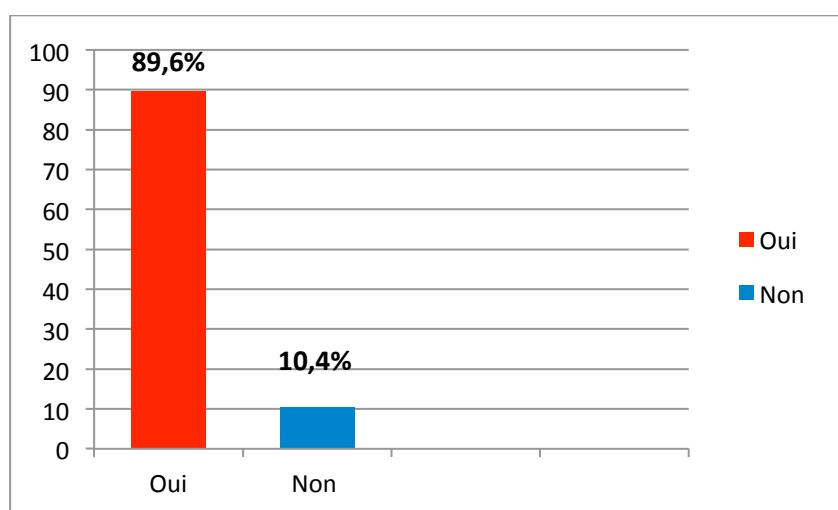


Figure 3 : Répartition des patientes selon le désir d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement

Une proportion de 89,6% des patientes a manifesté le désir d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement ; 31% préféraient une méthode longue durée (tableau XII).

Tableau XII: Répartition des patientes selon la méthode contraceptive désirée après l'accouchement

Méthodes	Effectifs	Pourcentage (%)
Pilule progestative	52	26,9
Implants	43	22,3
Dispositif intra utérin	17	8,8
Autres	22	11,4
Préservatifs féminins	2	1
Préservatif masculin	1	0,5
MAMA	1	0,5
Aucune	20	10,4
Ne sait pas	33	17,1
Non précisé	2	1
Total	193	100

- Date désirée de début de la contraception après l'accouchement

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la date désirée de début de contraception après l'accouchement

Date de début	Effectifs	Pourcentage (%)
Immédiatement	48	24,9
1 mois et au-delà	17	8,8
Après 6 semaines	42	21,8
Au retour de couches	6	3,1
Après arrêt de l'allaitement	25	13
Autre	7	3,6
Ne sait pas	28	14,5
Non précisé	20	10,3
Total	193	100

Pour 24,9% des clientes, leur période désirée de début de contraception était le post-partum immédiat ; 21,6 % désiraient attendre 6 semaines. La majeure partie des patientes (73,6%) avait choisi de se procurer une méthode contraceptive au Centre pilote, 5,7% désiraient se procurer la méthode au lieu d'accouchement.

3.1.5. Signes de danger

➤ Informations reçues sur les signes de danger

La majeure partie de l'échantillon (73,1%) n'avait reçu aucune information relative aux signes de danger d'une grossesse. Cependant, pour la majorité, les signes de danger de la grossesse étaient connus, en particulier les saignements vaginaux, les douleurs prématurées du travail et la fièvre.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la connaissance ou non des signes de danger nécessitant un recours à des soins médicaux

Signes de danger	Oui	NSP	NP	Total N (%)
Saignements vaginaux	46 (90,2)	2 (3,9)	3 (5,9)	51 (100)
Fièvre	43 (84,3)	3 (5,9)	5 (9,8)	51 (100)
Maux de tête sévère ou vision trouble	31 (60,8)	7 (13,7)	13 (25,5)	51 (100)
Soudain écoulement vaginal	39 (76,5)	3 (5,9)	9 (17,6)	51 (100)
Respiration difficile	28 (54,9)	7 (13,7)	16 (31,4)	51 (100)
Douleur prématurée du travail	43 (84,3)	3 (5,9)	5 (9,8)	51 (100)
Fœtus qui bouge moins bien ou pas	36 (70,6)	4 (7,8)	11 (21,6)	51 (100)
Autre	8 (15,8)	1 (1,9)	42 (82,3)	51 (100)

NSP : Ne sait pas ; NP : Non précisé

3.1.6. Allaitement maternel

Au décours de la consultation prénatale, des conseils sur l'allaitement maternel n'étaient prodigués qu'à 19 patientes (9,8%), plus de la moitié d'entre elles savaient comment allaiter et qu'il était recommandé de le poursuivre pendant au moins 6 mois.

Tableau XVI: Répartition des patientes selon conseils reçus sur comment et quand donner le sein

Conseils reçus	Oui	NSP	NP	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)
Comment allaiter au sein ?	10 (52,6)	-	9 (47,4)	19 (100)
Comment régler les problèmes liés à l'allaitement ?	5 (26,3)	3 (15,8)	11 (57,9)	19 (100)
Donner le sein 2 à 3h	9 (47,4)	1 (5,2)	9 (47,4)	19 (100)
Allaitement exclusif pendant 6mois	11 (57,9)	-	8 (42,1)	19 (100)

NSP : Ne sait pas ; NP : Non précisé

3.1.7. Supplémentation en fer

La majorité des patientes (91,1) savait l'importance qu'il y avait à prendre du fer et de l'acide folique durant leur grossesse. Une proportion de 82,9% prenait du fer, 11,7% du fer et de l'acide folique, une patiente ne prenait que l'acide folique. Trois patientes ignoraient la composition des médicaments qu'elles prenaient.

3.1.8. Soins spéciaux de la grossesse

➤ Informations reçues sur les soins spéciaux de la grossesse

Sur les 193 patientes interrogées, 147 (76 ,2%) avaient reçu des informations sur les soins spéciaux durant la grossesse. Ces soins étaient ignorés par 40 patientes (20 ,7%).

Tableau XVII: Répartition des patientes selon informations et conseils reçus sur les soins spéciaux et précautions à prendre durant la grossesse

Soins spéciaux et précautions	Oui n (%)	NSP n (%)	NP n (%)	Total N (%)
Ne pas fumer	92 (62,6)	7 (4,8)	48 (32,6)	147 (100)
Ne pas boire de l'alcool	87 (59,2)	7 (4,8)	53 (36)	147 (100)
Eviter de beaucoup travailler et de soulever des objets lourds	140 (95,2)	3 (2,1)	4 (2,7)	147 (100)
Se reposer autant que possible	90 (61,2)	5 (3,4)	52 (35,4)	147 (100)
Mettre ses pieds en hauteur	49 (33,3)	31 (21,1)	67 (45,6)	147 (100)
Garder de l'argent à proximité	59 (40,1)	13 (8,8)	74 (50,3)	147 (100)
Prendre une douche tous les jours	68 (46,3)	44 (29,9)	35 (23,8)	147 (100)

NSP : Ne sait pas ; NP : Non précisé

3.1.9. Préparation à l'accouchement

Chez les 193 patientes interrogées, seules 10 avaient reçu des conseils sur la préparation à l'accouchement ; plus de la moitié savaient qu'elles devaient garder de l'argent et disposer de moyens de transport en cas d'urgence.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon les connaissances sur la préparation à l'accouchement

Informations sur la préparation à l'accouchement	Oui	NSP	NP	Total N (%)
Argent pour les urgences	8 (80)	1 (10)	1 (10)	10 (100)
Transport en cas d'urgence	7 (70)	1 (10)	2 (20)	10 (100)
Discuter du début du travail avec la famille	4 (40)	4 (40)	2 (20)	10 (100)
Habits pour la mère et le bébé	5 (50)	4 (40)	1 (10)	10 (100)
Désinfectant	1 (10)	7 (70)	2 (20)	10 (100)
Serviettes hygiéniques	4 (40)	5 (50)	1 (10)	10 (100)
Gants	3 (30)	6 (60)	1 (10)	10 (100)
Autres	1 (10)	8 (80)	1 (10)	10 (100)

NSP : Ne sait pas ; NP : Non précisé

➤ Lieu de l'accouchement

Seules 15 patientes (7,8%) avaient discuté avec le prestataire du lieu de leur accouchement. Invitées à se prononcer sur le lieu choisi pour leur accouchement, plus de la moitié des clientes (50,8%) avaient prévu d'accoucher dans une structure publique comme le montre le tableau XVIII.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la structure choisie pour l'accouchement

Structure	Effectif	Pourcentage (%)
Structures publiques	98	50,8
Structures privées	62	32,1
Ne sait pas	27	14
Autre	5	2,6
Non précisé	1	0,5
Total	193	100

3.2. Enquête auprès des prestataires

3.2.1. Caractéristiques socio-professionnelles

Au décours de l'enquête, 17 prestataires ont répondu au questionnaire : 4 médecins, 11 sages-femmes et infirmiers et 2 travailleurs sociaux. L'âge moyen des prestataires était de 46,3 ans. Plus de la moitié (58,8%, n=10) étaient âgés de plus de 45 ans, 29,4% avaient un âge compris entre 35 et 45 ans et 11,8% avaient un âge inférieur à 35 ans. Plus de 2/3 des prestataires (76,4%, n=13) étaient diplômés depuis plus de 10 ans. Une proportion de 11,8 % exerçait le métier depuis moins de 5 ans alors que la même proportion exerçait entre 5 et 10 ans. Quant à l'ancienneté dans l'établissement (Centre Pilote de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction), les proportions étaient identiques. Les caractéristiques socio-professionnelles des prestataires sont résumées au tableau XIX.

Le tableau XX rapporte les services spécifiques offerts et le nombre de prestataires qui les fournissent.

Tableau XIX : Caractéristiques socio-professionnelles des prestataires

Variables	Effectifs	Pourcentages
Age (ans)		
<35	2	11,8
35-45	5	29,4
>45	10	58,8
Total	17	100
Profession		
Médecin	4	23,5
Infirmier /SFE	11	64,7
Travailleur social	2	11,8
Total	17	100
Nombre d'années d'exercices		
<5	2	11,8
5-10	2	11,8
>10	13	76,4
Total	17	100
Nombre d'années d'exercice dans la structure		
<5	2	11,8
5-10	2	11,8
>10	13	76,4
Total	17	100

Tableau XX : Services spécifiques offerts

Services	Effectifs	Pourcentages
CPN	13	76,4
Offre des méthodes PF	13	76,4
Counseling PF	11	64,7
Soins post-abortum	7	41,1
Soins post-partum	5	29,4
Counseling VIH/SIDA	7	41,1
Test VIH/SIDA	2	12
Traitements et soins VIH	1	6
Traitements IST	9	53
Soins curatifs femmes	8	47

3.2.2. Formation reçue

En ce qui concerne la PF, la formation continue reçue concernait plus les aspects techniques (64,7%) que sociaux (counseling et éducation) tel que explicité dans le tableau XXI.

Tableau XXI : répartition des prestataires selon la formation reçue en Planification familiale

Formation reçue	Effectifs	Pourcentages
Avantages et inconvénients des méthodes de PF	11	64,7
Actions et mécanismes des méthodes de PF	11	64,7
Contre-indications des méthodes contraceptives pour les femmes en post-partum	10	58,8
Technique de counseling en PF	8	47
Counseling/éducation	6	35,3
Total	17	100

3.2.3. Intégration CPN-PF

Tous les prestataires affirment encourager les patientes, au cours des consultations prénatales ou au décours d'un contact d'opportunité, à attendre quelques temps avant une nouvelle grossesse. La majorité d'entre eux (88,2%) considéraient que l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse est de 2 à 3 ans (tableau XXII). Tous les prestataires offrant des services de CPN disent aborder le sujet de l'espacement des naissances (période la plus indiquée avant une nouvelle grossesse) avec les patientes au cours des visites prénatales.

Tableau XXII: Niveau de connaissance des prestataires de l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse

Intervalle de temps idéal	Effectif	Pourcentage
<2 ans	1	5,9
2-3 ans	15	88,2
3-5 ans	1	5,9
Total	17	100

Concernant, la connaissance de la fécondité dans les suites d'un accouchement, plus de la moitié (70,6%) pensent que le retour de la fécondité est effectif dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement si la femme ne pratique la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Les autres réponses des prestataires sont consignées au tableau XXIII.

Tableau XXIII : Connaissance du moment où une femme peut encore tomber enceinte après son accouchement

Peut tomber enceinte	Effectifs	Pourcentage
4 semaines post-partum sans MAMA	12	70,6
Dès que les menstruations reprennent	9	53
6 mois post-partum si MAMA	14	82,3
Ne sait pas	1	5,8

La majorité des prestataires (82,4%, n=14) avait confirmé l'existence de guides ou de protocoles pour la fourniture de services de PF aux clientes lors des CPN

alors que les 17,6% restants l'ignoraient. Un peu plus de la moitié (64,7%) disaient connaître parfaitement les guides ou protocoles pendant que 17,6% (n=3) ne les connaissaient que moyennement. Trois prestataires n'ont pas précisé leur degré de connaissance de ces guides ou protocoles.

3.2.3. Expériences, connaissances et pratiques des prestataires en matière de soins prénatals

- Nombre recommandé de CPN

Près de la moitié des prestataires (47,1%) considéraient que le nombre de CPN recommandé chez les femmes ayant une grossesse normale est de 4. Quand la grossesse est pathologique, les réponses étaient variées, 58,8 % le situant entre 6 et 9. Le tableau XXIV rapporte les réponses des prestataires.

Tableau XXIV : Nombre de CPN recommandé aux femmes ayant une grossesse normale et pathologique

Nombre recommandé de CPN	Effectifs	Pourcentages
Grossesse normale		
3	2	11,8
4	8	47,1
6	1	5,9
NP	6	64,9
Total	17	100
Grossesse pathologique		
4	1	5,9
6	3	17,6
7	3	17,6
8	3	17,6
9	1	5,9
NP	6	35,3
Total	17	100

- Signes de danger au cours de la grossesse

Les signes de danger de la grossesse étaient connus de la majorité des prestataires comme en atteste le tableau XXV.

Tableau XXV : Répartition des prestataires selon la connaissance des signes de danger de la grossesse

Signes de danger	Effectifs	Pourcentages
Tout saignement vaginal	13	76,4
Fièvre	13	76,4
Enflures	13	76,4
Sévères maux de tête	13	76,4
Soudain écoulement vaginal	13	76,4
Douleur de travail prématurée	13	76,4
Le fœtus ne bouge pas ou plus	12	70,4
Fatigue excessive et essoufflement	12	70,6
Respiration laborieuse	9	53

- Préparation de l'accouchement

Invités à se prononcer sur les sujets les plus abordés avec les femmes pour la préparation à l'accouchement, les prestataires insistaient plus sur l'identification des structures de secours ou du lieu d'accouchement (76,4%) que sur la prévention d'un moyen de transport pour se rendre à la structure (47%).

Tableau XXVI : Sujets abordés avec les femmes pour la préparation de l'accouchement

Sujets abordés	Effectifs	Pourcentages
Identifier structure de secours	13	76,4
Identifier structure d'accouchement	13	76,4
Garder de l'argent pour urgences	11	64,7
Préparer produits pour naissance	11	64,7
Prévoir un accompagnant	10	58,8
Prémices de l'accouchement	10	58,8
Prévoir moyen de transport	8	47
Autre	2	11,8

- Supervision

Seuls 3 prestataires (17,6%) ont été supervisés au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

4. Discussion

4.1. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des gestantes

Dans notre étude la tranche d'âge de 26 à 35 ans était la plus représentée (70%). Une proportion de 4,1% avait moins de 20 ans et 12% des patientes avaient 40 ans ou plus. Dans l'étude de Goita [20], 12,5 % des gestantes avaient moins de 18 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Plusieurs études ont démontré que ces deux couches sont les plus touchées par la mortalité maternelle, et périnatale pour les enfants qui en sont issus [8]. C'est pourquoi elles sont une cible particulière pour les conseils sur la planification familiale.

La majorité des clientes était instruite : 28,5% au niveau primaire et 37,8% au niveau secondaire. Le taux de non scolarisées de 14% était largement inférieur à celui de Goita [20] qui avait trouvé 67,5% de gestantes non scolarisées et 20% ayant le niveau primaire. Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que celle-ci était inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes [35].

Une proportion de 33,7% des clientes n'avait pas encore fait d'enfants. Cependant 35,2% des patientes avaient déjà un enfant alors que 31% avaient 2 enfants ou plus.

4.2. Caractéristiques socio-professionnelles des prestataires

Au moment de notre enquête, 4 médecins, 11 sages-femmes et infirmiers et 2 travailleurs sociaux travaillaient en permanence au Centre pilote. On note une forte présence de sages femmes et peu de médecins. Ceci s'explique par la fermeture du service et la plupart des médecins officient au niveau des structures périphériques où l'activité obstétricale est présente. Les prestataires étaient, pour la majorité, âgés de plus de 45 ans, donc d'âge mur et avaient plus de 10 ans d'exercice dans la profession.

4.3. Qualité des informations génériques sur le suivi de la grossesse

- Conseils hygiéno-diététiques

Sur les 193 patientes interrogées, 147 (76,2%) avaient reçu des informations sur les mesures hygiéno-diététiques au cours de la grossesse. Ce taux est encourageant mais mérite d'être rehaussé. La première consultation de suivi de la grossesse est l'occasion d'informer, de conseiller au mieux la femme enceinte sur son hygiène de vie. Ces informations seront répétées et complétées tout au long de la grossesse.

« Ne pas manger pour deux » et avoir une alimentation saine, variée et équilibrée sont les deux conseils à donner aux femmes enceintes. Idéalement, l'alimentation doit comporter 15 à 20 % de protéines, 25 % de lipides et 55 à 60 % d'hydrates de carbone. Il est important de conseiller 3 repas et une à deux collations par jour en évitant le grignotage.

Les besoins en protéines (viande, poisson laitage) augmentent durant la grossesse pour assurer la croissance du fœtus. Les besoins en calcium sont élevés en raison de la formation du squelette de l'enfant. Il est conseillé de consommer un litre de lait par jour sous toutes ses formes.

On insistera également sur l'apport de fibres, de minéraux et de vitamines contenus dans les légumes et les fruits.

L'eau est la seule boisson indispensable et il est recommandé d'en boire 1,5 l/jour. La consommation d'alcool est proscrite tout au long de la grossesse.

La grossesse nécessite donc une alimentation variée, saine et équilibrée adaptée aux besoins énergétiques de la femme enceinte.

Si le régime alimentaire de la femme enceinte est équilibré, aucun complément multivitaminé n'est nécessaire. Il n'existe aucun argument en faveur d'une supplémentation systématique en iodé, calcium, zinc et fluor

- *Supplémentation en fer*

En ce qui concerne la supplémentation en fer et en acide folique au cours de la grossesse, la quasi-totalité des patientes et des prestataires sont au fait de cette recommandation. En 2006, une analyse Cochrane [21] a comparé l'effet de la supplémentation en micronutriments multiples à celui de la supplémentation en fer et acide folique seuls. Neuf essais portant sur 15 378 femmes ont été inclus dans l'analyse. Tous les essais ont été réalisés dans des pays à faibles revenus et étaient de bonne qualité méthodologique. Les résultats n'ont montré aucun bénéfice supplémentaire de la supplémentation en micronutriments multiples par rapport à la supplémentation en fer et acide folique seuls. Par rapport à la supplémentation par deux micronutriments ou moins, à l'absence de supplémentation en micronutriments ou à la supplémentation avec un placebo, la supplémentation en micronutriments multiples a réduit significativement le risque de nouveau-nés de faible poids de naissance (risque relatif (RR) = 0,83 [intervalle de confiance à 95 % (IC95) : 0,76-0,91]), de nouveau-nés hypotrophes (RR = 0,92 [IC95 : 0,86-0,99]) et d'anémie maternelle (RR = 0,61 [IC95 : 0,52-0,71]). C'est pour cette raison que l'OMS recommande l'utilisation systématique de la supplémentation en fer et acide folique chez la femme enceinte dans le cadre des soins prénatals.

- *Signes de danger*

Moins d'un tiers des patientes de notre échantillon (26,9%) avait reçu des informations relatives aux signes de danger d'une grossesse alors que tous les prestataires offrant des soins de CPN connaissaient les signes de danger de la grossesse. Cependant, pour la majorité des patientes, ces signes étaient connus, en particulier les saignements vaginaux, les douleurs prématurées du travail et la fièvre.

Une femme enceinte doit connaître les signes qui tout au long du déroulement de la grossesse doivent l'alerter et la conduire à consulter un professionnel de santé. Ces signes doivent lui être expliqués à chaque contact. En plus, des affiches sur les signes de danger devraient être disposés dans les salles d'attente et de consultation.

- *Préparation à l'accouchement*

Sur les 193 patientes interrogées, 183 n'avaient pas reçu d'informations sur la préparation de l'accouchement. On est tenté de croire que ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des patientes était au deuxième trimestre et n'avaient pas encore bénéficié de la consultation du neuvième mois ; cependant, seules 7% des patientes porteuses d'une grossesse au troisième trimestre avaient répondu oui à cette question. Les prestataires disent pourtant insister sur l'identification des structures de secours ou du lieu d'accouchement (76,4%). Ces résultats témoignent du peu de temps accordé aux questions importantes qui entourent le suivi de la grossesse. La surcharge de travail y joue certainement un rôle. Des efforts importants ont à fournir dans ce sens connaissant l'importance que revêt cette consultation du troisième trimestre à savoir l'évaluation du pronostic de l'accouchement. Ce gap pourrait expliquer aisément le fait que sept patientes aient manifesté le désir d'accoucher au site de l'étude alors que la maternité est fermée depuis 2005.

- Allaitement maternel

De la part du prestataire, seule une patiente sur 10 (9,8%), disait avoir recu des conseils sur l'allaitement maternel. Cependant, plus de la moitié d'entre elles savaient comment allaiter et qu'il était recommandé de le poursuivre pendant au moins 6 mois. Les prestataires doivent redoubler d'effort afin de promouvoir l'allaitement maternel surtout dans les milieux défavorisés comme le nôtre. L'allaitement protège en effet le nouveau-né contre les pathologies infectieuses,

spécialement les infections gastro-intestinales, qui contribuent grandement à la morbidité et à la mortalité infantiles.

4.4. Intégration de la planification familiale aux soins prénatals

- Informations sur l'espacement des naissances

Notre étude a montré qu'il existe des besoins exprimés en matière de contraception : la quasi totalité des patientes (95,5%) a manifesté le désir d'espacer les naissances d'au moins deux ans.

Tous les prestataires offrant des services de CPN disent aborder le sujet de l'espacement des naissances (période la plus indiquée avant une nouvelle grossesse) avec les patientes au cours des visites prénatales. La majorité d'entre eux (88,2%) considéraient que l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse était de 2 à 3 ans. Cette affirmation n'est cependant pas confirmée par l'enquête contradictoire réalisée auprès des clientes. Seules 10,9% de ces dernières disaient reçu de la part du prestataire une information relative à l'intervalle de temps idéal entre deux grossesses et 18,1% seulement avaient reçu des informations sur les moyens d'éviter une grossesse.

- Connaissances des méthodes de PF du post-partum

Une proportion de 89,6% des patientes a manifesté le désir d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement. Ce taux élevé de promesse d'utilisation de la planification familiale témoigne du besoin réel et exprimé par les gestantes malgré la prévalence contraceptive très faible au niveau national qui est de 12,4% selon l'Enquête Démographique et de Santé EDS V [4].

La planification familiale contribue pour 25 à 30 % à la réduction de la mortalité maternelle dont le taux est de 401 décès pour 100.000 naissances vivantes au Sénégal. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS V) de 2010-2011, les besoins non satisfaits en Planification familiale étaient de 29 %. Ainsi, 800

000 femmes s'exposent à des grossesses non désirées avec comme corollaire le recours à l'avortement clandestin et à l'infanticide. Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015, le repositionnement de la planification familiale est devenu une priorité de santé publique.

- Document écrit sur la PF

Une proportion de 11,4% des clientes avait reçu un document écrit sur la PF au décours de la CPN. La distribution d'un document écrit sur la planification pourrait contribuer à améliorer la prévalence contraceptive si l'on se rappelle que 81,8% des patientes de notre échantillon étaient instruites.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994, l'intégration des actions, particulièrement celles des soins de santé est devenue une importante composante de la politique de promotion des populations dans le monde entier. Parmi d'autres initiatives, l'Union Africaine a développé la « Feuille de Route pour l'accélération de l'atteinte des OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique » en 2004, dans laquelle un accent particulier a été porté sur le renforcement de la planification familiale et l'engagement communautaire.

Au Sénégal, les conclusions de la Conférence du Caire ont été bien accueillies par le Ministère de la Santé qui décida en 1997 de remplacer le Programme National de Planification Familiale, qui était en cours à l'époque, par le Service National de la Santé de la Reproduction dotée d'une gestion indépendante et qui devait intégrer et coordonner toutes les activités relatives à ces questions ainsi définies par la CIPD. Cette initiative volontariste a été fortement accompagnée par les principaux partenaires du Sénégal en matière de santé. Ainsi, l'UNFPA, parmi d'autres actions, établit un projet afin de développer les soins intégrés de santé de la reproduction à travers des structures appelées Centres Pilotes de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction ayant pour objectifs d'offrir un parquet intégré de service de santé de la reproduction aux femmes (contraception, soins prénatals, lutte contre l'infertilité et l'infécondité, prévention et traitement des maladies gynécologiques...), aux hommes (gestion de l'infertilité et les maladies uro-andrologiques...) et aux enfants (immunisation, suivi de la croissance...) dans la même structure avec une approche multidisciplinaire. Après 14 ans d'activité, nous avons décidé d'évaluer l'intégration des activités de consultation prénatale et de planification familiale au Centre Pilote de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction de la Clinique gynécologique et Obstétricale de l'hôpital Aristide Le Dantec (mis en place en 1999 avec l'appui de l'UNFPA).

Les objectifs étaient d'apprécier le profil des patientes effectuant leur consultation prénatale ainsi que celui des prestataires offrant le service ; le contenu des informations générales données aux patientes concernant la grossesse et l'accouchement ; la nature et la complétude des informations reçues par rapport à la planification familiale au cours de la consultation prénatale.

Cette évaluation était basée sur une étude descriptive, transversale conçue de manière à mesurer des indicateurs quantitatifs et qualitatifs standardisés de l'intégration des services et soins de santé de la reproduction dans une structure de soins ambulatoires.

Le volet quantitatif reposait sur la collecte des données à l'aide d'un questionnaire soumis aux patientes.

Le volet qualitatif concernait les prestataires et les gestantes venues pour une consultation prénatale durant notre période d'étude.

Cette étude était une évaluation des ressources, et de la qualité des informations fournies lors des consultations prénatales offertes par le Centre Pilote, mais ceci, sous l'angle de l'intégration de la planification familiale au cours de la consultation prénatale. A cet effet, nous avions utilisé des méthodes d'évaluation déjà éprouvées, tout en les adaptant au contexte et aux conditions de fonctionnement du système de santé sénégalais.

Notre enquête s'est déroulée sur une période de 10 mois, du 09/08/2011 au 10/05/2012.

Nous avons inclus dans l'étude toutes les gestantes venues à la consultation et tous les prestataires qui étaient présents durant notre période d'étude et qui ont accepté d'y participer.

Toutes les gestantes et les prestataires qui n'ont pas manifesté le désir de participer à l'enquête n'étaient pas inclus dans l'étude.

Pour le personnel soignant, un questionnaire leur a été remis. Ce questionnaire relevait les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, le type de formation reçue en matière de soins prénatals et de Planification Familiale, les

connaissances, l'expérience et la pratique en matière de soins prénatals et le degré d'intégration des soins dans la pratique quotidienne.

Les clientes ou patientes étaient interviewées à l'aide d'un questionnaire structuré. Cependant, les questions étaient traduites en Wolof. Les interviews se sont déroulées après qu'elles aient reçu les soins ou services, et avant qu'elles n'aient quitté le Centre Pilote. Le questionnaire permettait de recueillir les informations suivantes : les caractéristiques sociodémographiques des gestantes, leurs antécédents, les données du suivi de la grossesse, les informations reçues lors de la consultation prénatale sur les signes de danger de la grossesse, la planification familiale, le niveau de connaissance des gestantes, le respect des mesures préventives, et les données relatives à la préparation de l'accouchement. Une enquête préliminaire sur 30 unités statistiques était organisée avant le démarrage des activités de l'enquête proprement dite permettant d'évaluer les questionnaires, les enquêteurs et la durée d'administration des outils de collecte. L'enquête auprès des clientes a été menée par deux étudiantes en médecine. L'entretien était fait après la consultation prénatale (CPN) dans une salle isolée et différente de celles où se déroulaient les CPN.

Les données quantitatives étaient saisies avec Epi data. Des contrôles de range et de cohérence étaient effectués pendant cette opération. Ces données étaient contrôlées secondairement et analysées avec Stata et Excel. Les données qualitatives étaient quant à elles analysées manuellement, selon la technique de l'analyse des contenus. Les informations étaient combinées avec celles obtenues dans l'analyse quantitative afin de mieux cerner les questions abordées.

Le questionnaire a été proposé à 203 patientes, 193 ont accepté d'y répondre, soit un taux d'acceptation de 95,1%. Quant aux prestataires, 17 ont rendu le questionnaire sur les 20 distribués soit un taux de participation de 85%.

L'âge moyen des patientes était de 30,3 ans avec des extrêmes de 17 et 42 ans. Près de trois quarts (69,9%) de notre échantillon avait un âge compris entre 26 et 35 ans. Notre échantillon était constitué, pour l'essentiel, de femmes mariées

(98,4%) ; la majorité était instruite (81,8%), 15,5% d'entre elles avaient fait des études supérieures. Le nombre moyen d'enfants vivants par femme était de 1,2 avec des extrêmes de 0 et 9.

La majorité des clientes interrogées (81,3 %) ont manifesté le désir d'avoir d'autres enfants dans le futur et désiraient espacer leurs naissances d'au moins deux ans (99,4%).

L'âge gestationnel moyen était de 5,3 mois ; plus de la moitié des femmes (63,7 %) portaient une grossesse de plus de 3 mois au moment de l'enquête.

Au moment de l'enquête, un tiers des clientes (35,7%) avait déjà effectué deux consultations prénatales avec une moyenne de 2,8. La date de la prochaine CPN était connue de 87,6% des clientes au sortir de l'entretien avec le prestataire.

Concernant la planification familiale, seules 11,4% des clientes avaient reçu un document écrit sur la PF au décours de la CPN et 10,9%, une information relative à l'intervalle de temps idéal entre deux grossesses. Pour 61,1% des clientes, l'intervalle de temps idéal entre deux accouchements est de 2 ans. Près d'un tiers des clientes (32,7%), pensaient qu'il fallait au moins trois années entre 2 accouchements.

Moins de 20% (18,1%) avaient reçu des informations sur les moyens d'éviter une grossesse. L'information fournie sur la PF portait plus sur les méthodes de longue durée et les progestatifs : 42,9% pour le dispositif intra-utérin, 20% pour les implants et les pilules progestatives. Les autres méthodes abordées étaient le diaphragme (2,8%) et la pilule oestro-progestative (2,8%).

Le lieu de procuration de la méthode contraceptive était indiqué à 34 des 35 clientes.

Méthode de contraception particulière, la MAMA a fait l'objet d'une question séparée. Seules 8 patientes (4,1%) avaient reçu des informations sur cette méthode de contraception.

Concernant les conditions à remplir pour l'utilisation de la MAMA, 50% d'entre elles comprenaient qu'il fallait allaiter exclusivement au sein, trois patientes

savaient que le nourrisson devait avoir moins de 6 mois et une seule patiente était consciente que le cycle menstruel ne devait pas avoir repris.

Une proportion de 89,6% des patientes a manifesté le désir d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement ; 31% préféraient une méthode longue durée.

Pour 24,9% des clientes, leur période désirée de début de contraception était le post-partum immédiat ; 21,6 % désiraient attendre 6 semaines. La majeure partie des patientes (73 ,6%) avait choisi de se procurer une méthode contraceptive au Centre pilote, 5,7% désiraient se procurer la méthode au lieu d'accouchement. La majeure partie des clientes (73,1%) n'avait reçu aucune information relative aux signes de danger d'une grossesse. Cependant, pour la majorité, ces signes de danger de la grossesse étaient connus, en particulier les saignements vaginaux, les douleurs prématurées du travail et la fièvre.

Des conseils sur l'allaitement maternel n'étaient prodigués qu'à 19 patientes (9,8%), plus de la moitié d'entre elles savaient comment allaiter et qu'il était recommandé de le poursuivre pendant au moins 6 mois.

La majorité des patientes (91,1%) savait l'importance qu'il y avait à prendre du fer et de l'acide folique durant leur grossesse.

Sur les 193 patientes interrogées, seules 10 avaient reçu des conseils sur la préparation à l'accouchement ; plus de la moitié savaient qu'elles devaient garder de l'argent et disposer de moyens de transport en cas d'urgence.

Quinze patientes (7,8%) avaient discuté avec le prestataire du lieu de leur accouchement .

Dix sept (17) prestataires ont répondu au questionnaire : 4 médecins, 11 sages-femmes et infirmiers et 2 travailleurs sociaux. L'âge moyen des prestataires était de 46,3 ans. Plus de la moitié (58,8%, n=10) étaient âgés de plus de 45 ans, 29,4% avaient un âge compris entre 35 et 45 ans et 11,8% avaient un âge inférieur à 35 ans. Plus de 2/3 des prestataires (76,4%, n=13) étaient diplômés depuis plus de 10 ans. Une proportion de 11,8 % exerçait le métier depuis moins de 5 ans alors que la même proportion exerçait entre 5 et 10 ans. Quant à

l'ancienneté dans l'établissement (Centre Pilote de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction), les proportions étaient identiques.

En ce qui concerne la PF, la formation continue reçue concernait plus les aspects techniques (64,7%) que sociaux (counseling et éducation).

Tous les prestataires affirment encourager les patientes, au cours des consultations prénatales ou au décours d'un contact d'opportunité, à attendre quelques temps avant une nouvelle grossesse. La majorité d'entre eux (88,2%) considéraient que l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse est de 2 à 3 ans. Tous les prestataires offrant des services de CPN disent aborder le sujet de l'espacement des naissances (période la plus indiquée avant une nouvelle grossesse) avec les patientes au cours des visites prénatales.

Concernant, la connaissance de la fécondité dans les suites d'un accouchement, plus de la moitié (70,6%) pensent que le retour de la fécondité est effectif dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement si la femme ne pratique la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

La majorité des prestataires (82,4%, n=14) avait confirmé l'existence de guides ou de protocoles pour la fourniture de services de PF aux clientes lors des CPN alors que les 17,6% restants l'ignoraient. Un peu plus de la moitié (64,7%) disaient connaître parfaitement les guides ou protocoles pendant que 17,6% (n=3) ne les connaissaient que moyennement.

Près de la moitié des prestataires (47,1%) considéraient que le nombre de CPN recommandé chez les femmes ayant une grossesse normale est de 4. Quand la grossesse est pathologique, les réponses étaient variées, 58,8 % le situant entre 6 et 9.

Les signes de danger de la grossesse étaient connus de la majorité des prestataires.

Invités à se prononcer sur les sujets les plus abordés avec les femmes pour la préparation à l'accouchement, les prestataires insistaient plus sur l'identification des structures de secours ou du lieu d'accouchement (76,4%) que sur la prévention d'un moyen de transport pour se rendre à la structure (47%).

Seuls 3 prestataires (17,6%) ont été supervisés au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

Au terme des investigations menées, il ressort des acquis et des insuffisances par rapport à la nature et à la complétude des informations délivrées lors de la consultation prénatale d'une manière générale et en matière de planification familiale en particulier.

L'avantage du centre pilote est de disposer de pratiquement tous les services de la santé de la reproduction avec des prestataires ayant acquis de l'expérience au cours de leurs années de pratique.

Au regard des insuffisances constatées et dans le souci de mener à bien le processus d'intégration des services de planification familiale aux activités de consultations prénatales, nous formulons les recommandations suivantes :

- Intégrer dans les protocoles de santé de la reproduction du Sénégal, le counseling en planification familiale au cours des consultations prénatales, en particulier lors de celles du troisième trimestre ;
- Réviser les curricula de formation aux nouvelles normes et standards prenant en compte l'intégration des services au cours de la formation de base et de la formation continue ;
- Sensibiliser les usagers et la population en général sur les avantages liés à l'offre de services intégrés dans les structures sanitaires ;
- Sensibiliser les prestataires sur l'objectif initial des centres de soins intégrés en santé de la reproduction afin de réduire les occasions

manquées donc d'augmenter de manière non négligeable la prévalence contraceptive et pourrait aider à atteindre les objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement à savoir ;

- Élaborer une liste de vérification pour la consultation prénatale prenant en compte l'intégration du counseling sur la planification familiale ;
- Assurer une supervision formative des prestataires offrant des services de consultation prénatale pour s'assurer de l'intégration effective de la planification familiale au cours du suivi prénatal.

Ces mesures permettront de réduire les occasions manquées en planification familiale et, par effet indirect, diminuer le taux de besoins non satisfaits en PF dans notre pays.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. AFRICA UNION.** Accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique. Session Spéciale de la conférence des Ministres de la Santé de l’Union Africaine ; Maputo. Addis Abéba ; Africa Union ; 2006.
- 2. AFRICA UNITED.** Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes; quatrième conférence mondiale sur les femmes-Septembre 1995; Beijing, New York : United Nations ; 1996, p.239.
- 3. AFRICA UNITED.** Road Map for accelerating the attainment of the MDGS related to maternal and newborn health in Africa. WHO-Regional office for Africa; 2004. P.14.
- 4. AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (ANSD) DAKAR.** Enquêtes démographiques et santé à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2010-2011: Rapport final. Calverton 2010.
- 5. ASKEW DA, HANSAR NR, DICK ML.** Medical workforce planning: let's keep it current. Med J Aust 2009 20;191(2):72-3.
- 6. AW M.** Etude de la couverture et du taux d'achèvement en consultation pré natale dans le district sanitaire de Ranérou. Module d'Epidémiologie, de Bio statiques et d'Informatique; Mémoire ISED; 2004.
- 7. BECHIR A, KAYECHE F, SOLTANI M.** Modalité et couverture de la consultation pré natale par le secteur public des districts urbains du centre tunisien. Arch Public Health 1998;56:253-61.
- 8. BOIRE M.** Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, médico-techniques et pharmaceutiques de l'Hôpital Gabriel TOURE. Thèse Med. Université de Bamako, 2000, N°69.
- 9. BRIGGS CJ, GARNER P.** Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.

- 10.BRYCE J, VICTORA CG, HABICHT JP, BLACK RE, SCHERPBIER RW; MCE-IMCI TECHNICAL ADVISORS.**
Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of integrated management of childhood illness. *Health Policy and Planning* 2005, 20:i5-i17.
- 11.CONTANDRIOPoulos AP, DENIS JL, TOUATI N, RODRIGUEZ C.** The integration of health care: dimension and implementation : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montreal. 2003.
- 12.DANDONA L, PREM KUMAR SG, RAMESH YK, RAO MC, MARSEILLE E, KAHN JG, DANDONA R.** Outputs, cost and efficiency of public sector centers for prevention of mother to child transmission of HIV in Andhra Pradesh, India. *British Medical Journal* 2008;8(26):1-11.
- 13.DIENG D.** Contribution à l'évaluation du suivi prénatal en milieu dakarois. Thèse Med. Université de Dakar 1995; N°41.
- 14.DIOP A.** Programme de relance de la vaccination dans le district sanitaire de Gossas. Module de planification, administration et gestion; Mémoire ISED, Université de Dakar, 2000.
- 15.DREYFUS R.** Histoire de la contraception. Première édition, Doin ;Paris 1996 ;314p.
- 16.ESCORBIAC V, REVEL A.** A quoi sert une consultation diététique dans une maternité ? *Information diététique* 2002; 1:11-6.
- 17.FAYE S.** Contraception chez la femme de 35 ans et plus : à propos de 199 cas à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Thèse Pharm. Université de Dakar, 2000 N° 76.
- 18.GALLO C, CHRISTIN-MAITRE S.** Contraception: mise au point et nouveautés. *Annales d'Endocrinologie* 2007;68:S39-S52.

- 19.GERMAIN A, DIXON-MUELLER R, SEN G.** Back to basics: HIV/AIDS belongs with sexual and reproductive health. Bulletin of the world health organization 2009;87:840-5.
- 20.GOITA N.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako .Thèse Med., Université de Bamako, 2006, N°210, 102 p.
- 21.HAIDER BA, BHUTTA ZA.**
Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; Issue 4.
- 22.HARDEE K, AGARWAL K, LUKE N, WILSON E, PENDZICH M, FARREL M, et al.** Reproductive health policies and programs in eight countries: progress since Cairo. International family planning perspectives 1999;25:2-9.
- 23.KOFFI NM, COULIBALY A, GLOYD S, AKE O, ANGBOE FI O, KOUAME P, et al.** Le carnet de la santé dans la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire. Med Afr Noire 2000;47(4):184-6.
- 24.LANSAC J, MAGNIN G.** Obstétrique pour le praticien. 5^{ème} édition, Masson, Paris, 2001. Pages ?
- 25.LAVILLONNIERE J.** Consultation prénatale : prévention et respect de la physiologie [en ligne] ; 2007, [consultée le 06 juillet 2010]. www.cnsf.asso.fr/.../consultation-prénatale-Jacqueline-Lavillonière.pdf .
- 26.LE THAI I.** Grossesse et obésité : A propos d'une étude cas témoin de 140 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992;21:563-7.
- 27.MANDELBROT L.** Surveillance de la grossesse chez une femme séropositive pour le VIH. Rev Prat 2000;40:21-24.
- 28.MATHIEU E.** Surveillance de la grossesse normale. Rev Prat 2004;88:17-24.

- 29. MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.** Etude clinique de la grossesse normale. Précis d'obstétrique. Paris : Masson, 2001. p71-165.
- 30. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DU SÉNÉGAL.** Plan national de développement sanitaire 2009-2018. Janv. 2009.
- 31. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MÉDICALE DU SÉNÉGAL.** Feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatale au Sénégal période 2006-2015. MSPM. Dakar 2006.
- 32. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MÉDICALE DU SÉNÉGAL.** Protocoles de services de la santé de la reproduction. Santé maternelle, périnatale et néonatale. Maternité à moindre risque. Surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. 2007.
- 33. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MÉDICALE DU SÉNÉGAL.** Surveillance post-natale. Politiques et normes de services de santé de la reproduction. Surveillance de la grossesse. Direction de la Santé de la Reproduction. Dakar. 2007.
- 34. MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION DU GABON.** Santé de la reproduction. Enquête démographique et de santé au Gabon. Calverton 2000.
- 35. COUTIN AS, GROUZARD V, HENKENS M, MARQUARDT T.** **Obstétrique en situation d'isolement. Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes.** 3^{ème} édition, Paris : Médecins sans frontières; 2007, 222p.
- 36. MWANAHAMUNTU MH, SAHARSRABUDDHE VV, STRINGER JSA, PARHAM GP.** Integrate cervical cancer prevention in HIV/AIDS treatment and care programs. Bulletin of the world health organization 2008;86(8):D-E.

- 37.NAHUM A, AKOGBETO M.** Paludisme et grossesse: attitude du personnel de santé lors des consultations prénatales à Cotonou. Med Trop 2000;60:251-5.
- 38.NDIR B.** Evaluation de l'impact des consultations prénatales dans la prévention des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Etude rétrospective au centre de santé de Kédougou 1998-1999. Mémoire ISED, Université de Dakar, 2001.
- 39.NJAHM M, MARZOUKI M, HAMDIW W, HADJ FREDJ A.** Recours aux visites prénatales dans le contexte tunisiens : barrières et facteurs de motivations. Rev Fr Gynecol Obstet 1993;88(4):225-9.
- 40.OMAR OSM.** Enquête épidémiologique sur le taux d'achèvement des consultations prénatales au Centre de Santé de Mbour. Module d'Epidémiologie, de Bio statistique et d'Informatique Médicale; Mémoire ISED, Université de Dakar, 2003.
- 41.ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** Programme de la santé maternelle et maternité sans risque. Soins prénatals 1993,11 :2-4.
- 42.POLLACK AE, BALKIN M, EDOUARD L, CUTTS F, BROUTET N.** Ensuring acces to HPV vaccins through integrated services: a reproductive health perspective. Bulletin of the world health organization 2007; 85(1):57-63.
- 43.PRUAL A, DE BERNIS L.** Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002;31:90-9.
- 44.PRUAL A, DE BERNIS L, BOUVIER COLLE M-H.** Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack. Paris : Ministère des affaires étrangères-Coopération et francophonie, 1996, 49.1 vol. (116p).

- 45.RIVERO FUENTES ME, RAMARAO S, ESTRADA R, WARREN C, MULLICK S, BIRUNGI H et al.** Assessing integration and methodology: A handbook for measuring and assessing the integration of family planning and other reproductive health services: population council-frontiers in reproductive health, USAID; 2008.
- 46.SHELTON JD, FUCHS N.** Opportunities and pitfalls in integration of family planning and HIV prevention efforts in developing countries. Public Health Reports 2004, 119 (1):12-15.
- 47.SIDIBE MBK.** Strength in unity. Bulletin of the world health organization 2009;87: 806.
- 48.SONGANE F.** Stronger national plans for maternal, newborn and child health. Bulletin of the world health organization 2007;85(8):577-9.
- 49.STICKLE G, MA P.** Some social and medical correlate of pregnancy outcomes. Am J Obst Gynecol 1977; 127: 162-6.
- 50.TAL-DIA A, GARNIER P, TOURE K, MBOW EH, WONE I.** Qualité technique des consultations prénatales au Sénégal. Dakar Med 1997 ; 42 (2) : 132-137.
- 51.TANGMEU SILINOU E.** Analyse de la consultation prénatale à Libreville. Thèse Med. Université de Libreville. 2008, N° 538, 108 pages.
- 52.THE POPULATION COUNCIL.** Norplant : implants de Levonorgestrel. Manuel à l'intention des cliniciens. New York, 1992.
- 53.UNICEF.** Situation des enfants dans le monde 2009. La Santé maternelle et néonatale [rapport 2009]. New York 10017 Etats-Unis Dec 2008.
- 54.UNITED NATIONS.** Report of the international conference on population and development; ICPD; Cairo; UNFPA; 1994.
- 55.WESTOFF CF.** New estimates of unmet need and the demand for family planning, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2006, No. 14.).

**56. WONE I, TOURE K, TAL-DIA A, DANKOKO BS, SALL FL,
DIALLO I.** Coût des prestations de soins en santé de la reproduction en
milieu rural : Cas du centre de santé de Diofior (Fatick, Sénégal). Journal
de la SAGO 2000;1(1):5.

ANNEXES

Université de Pretoria
Faculté des Sciences de la Santé
Ecole des Systèmes de Santé et de Santé Publique

**Evaluation des activités du Centre Pilot de
Soins Intégrés de Santé de la Reproduction
dans un Hôpital Universitaire au Sénégal**

Questionnaire destiné aux patientes
(Adapté et traduit de Assessing Integration Methodology⁽⁶⁾)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____. Nous sommes entrain de mener une étude afin de connaitre votre avis sur les services et soins que vous avez reçus. Ces informations vont nous aider à proposer des voies et moyens pour améliorer les services qui sont offerts dans cette structure. Les questions que nous voulons vous poser vont porter sur les services et les informations que vous avez obtenus, votre satisfaction ou votre insatisfaction à propos des services reçus, vos désirs d'enfants dans le futur et d'autres besoins de santé que vous pourriez avoir. J'apprécierai que vous me permettiez de vous poser quelques questions à ce sujet. L'interview se déroulera en privé et personne d'autre que nous deux ne sera au courant de ce que vous me direz.

Cependant, votre participation à cette étude est volontaire et vous pouvez refuser d'être interviewer. Si vous choisissez de ne pas participer à cette étude, vous ne serez pénalisée d'une aucune façon. Si vous acceptez maintenant et que vous changez d'opinion après, vous pourriez interrompre l'interview à tout moment et vos propos ne seront pas pris en compte dans notre étude. Votre participation ne vous procurera aucun avantage en nature ou en espèce. Cependant, votre participation contribuera à améliorer les services de santé maternelle et reproductive.

Les informations que vous fournirez seront gérées de manière confidentielle. Votre nom ne figurera sur aucune fiche. Ainsi, personne ne pourra vous identifier à travers vos propos.

Enfin, si vous avez quelques questions à propos de cette étude plus tard, vous pourrez revenir dans cette structure et discuter avec le personnel afin de lever tout doute sur cette étude.

Acceptez-vous de participer à cette étude ? Oui Non

Si **OUI**, signature de la cliente _____

Si **NON**, veuillez remercier la cliente et la rassurer sur la suite de ses relations avec le personnel de la structure.

Date et heure de début : Date |_____|_____|/|_____|_____|/|_____|_____|

Heure |_____|_____|h |_____|_____|mn

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
Section 1 : Identification de la structure			
101	Date de l'interview	_____ / _____ / _____ Jour Mois An	
102	Résultat de l'interview	Complété 1 Non complété 2 Refus 3 Autre :	
Section 2 : Caractéristiques sociodémographiques et obtétricaux			
<i>Enquêteur : Veuillez expliquer que vous aller maintenant lui poser des questions à propos des enfants qu'elle a déjà eus et ses désirs d'enfants dans le futur.</i>			
201	Combien d'enfants vivants avez-vous actuellement?	Enfants vivants : ____	Si 0→205
202	Quel est l'âge de votre grossesse ?	Nombre de mois: ____ Nombre de semaines : ____	
203	Voudriez-vous avoir plus d'enfants dans le futur ?	Oui 1 Non 2 Autre : Ne sait pas 8	Section suivante
204	Après cette grossesse, combien de temps voudriez-vous rester avant d'en contracter une autre ?	Nombre de mois : ____ Nombre d'années : ____ Autre :	
205			
Section 3 : PF et espacement optimal des naissances			
<i>Enquêteur: Veuillez expliquer que vous aller maintenant discuter des informations qu'elle a reçues sur la PF et son intention ou son refus d'utiliser une méthode contraceptive.</i>			
301	Lors de cette CPN, avez-vous reçu quelque chose d'écrit sur la PF ?	Oui 1 Non 2	
302	Lors de cette visite, est-ce qu'un prestataire vous a dit au bout de combien de temps une femme peut tomber enceinte après son accouchement ?	Oui 1 Non 2	304
303	Si OUI, au bout de combien de temps une femme peut tomber enceinte après son accouchement ? <i>Enquêteur: Marquer toutes les réponses fournies.</i>	Dès qu'elle redevient sexuellement active 1 Dès que son cycle menstruel reprend 2 Après qu'elle ait arrêté l'allaitement exclusif 3 Après qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter 4 Après 6 mois 5 Autre : Ne sait pas 8	
304	Lors de cette visite, est-ce qu'un prestataire vous a parlé de l'importance d'attendre un certain temps avant d'avoir une nouvelle grossesse ?	Oui 1 Non 2	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
305	Après l'accouchement, quel est l'intervalle de temps idéal une femme doit-elle attendre avant d'avoir une nouvelle grossesse ?	Mois : ____ Années : ____ Autres : ____ Ne sait pas 98	
306	Lors de cette visite, est-ce qu'un prestataire vous a parlé des méthodes qu'un couple peut utiliser afin d'éviter ou de retarder une grossesse ?	Oui 1 Non 2	308
307	Quelles méthodes ont été discutées avec vous ? <i>Enquêteur : Veuillez cocher toutes réponses.</i>	Pilules progestatives 1 Pilules contraceptives combinées 2 Pilule de contraception d'urgence 3 Progestatifs injectables 4 Injectables mensuels 5 Anneaux vaginaux combinés 6 Implants Jadelle 7 Implants Norplant 8 DIU 9 Préservatifs masculins 10 Préservatifs féminins 11 Diaphragmes 12 Spermicides 13 Capes cervicales 14 Stérilisation féminine 15 Méthodes naturelles 16 Coït interrompu (retrait) 17 MAMA 18 Autre : Ne sait pas 98	
308	Lors de cette visite, est-ce qu'un prestataire vous a indiqué l'endroit où vous pouvez vous procurer une méthode contraceptive ?	Oui 1 Non 2	310
309	Où est-ce qu'on vous a indiqué pour obtenir une méthode contraceptive ?	
310	Lors de cette visite, est-ce qu'un prestataire vous a parlé de la méthode d'allaitement exclusif (MAMA) ?	Oui 1 Non 2	312
311	Selon vous, quelles sont les trois conditions qui doivent être remplies pour l'utilisation de la MAMA ou la méthode d'allaitement maternel exclusif ? <i>Enquêteur : Veuillez noter les réponses spontanées, puis posez les autres réponses non citées.</i>	Sans aide Avec aide Ne sait pas Allaiter le bébé exclusivement, ou bien presque exclusivement au sein 1 2 8 Le nourrisson doit être âgé de moins de 6 mois 1 2 8 Le cycle menstruel n'a pas repris depuis l'accouchement 1 2 8	
312	Envisagez-vous d'utiliser une méthode contraceptive ou bien la PF après votre accouchement ?	Oui 1 Non 2	401

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
313	Quelle méthode voudriez-vous utiliser ?	Pilules progestatives 1 Pilules contraceptives combinées 2 Pilule de contraception d'urgence 3 Progestatifs injectables 4 Injectables mensuels 5 Anneaux vaginaux combinés 6 Implants Jadelle 7 Implants Norplant 8 DIU 9 Préservatifs masculins 10 Préservatifs féminins 11 Diaphragmes 12 Spermicides 13 Capes cervicales 14 Stérilisation féminine 15 Méthodes naturelles 16 Coït interrompu (retrait) 17 MAMA 18 Autre : Ne sait pas 98	
314	Au bout de combien de temps après l'accouchement voudriez-vous commencer la PF ?	Immédiatement 1 Après l'arrêt de l'allaitement 2 Quand mes menstruations reprendront 3 Après 6 semaines 4 Au bout de __ mois 5 Autre : Ne sait pas 8	
315	Où est-ce que vous pourrez obtenir la méthode contraceptive désirée ?	Dans cette structure 1 Dans une autre structure 2 Pharmacie 3 Auprès d'un agent communautaire 4 Dans la structure où j'accoucherai 5 Autre : Ne sait pas 8	

Section 4 : Accès aux CPN

Enquêteur : Veuillez expliquer que vous aller maintenant poser quelques questions sur les CPN qu'elle a reçues.

401	Approximativement, à quel moment de votre grossesse avez-vous effectué votre première CPN?	Mois : __ Ne sait pas 98	
402	Depuis combien de temps êtes-vous enceinte ?	Semaines : __ Mois : __	
403	Combien de CPN avez-vous effectué depuis le début de votre grossesse (y compris cette présente CPN) ?	Nombre de visites : __ Ne sait pas 98	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
Section 5 : Informations reçues lors de la CPN (signes de danger, soins durant la grossesse et allaitement au sein)			
501	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a parlé des signes de danger pour la grossesse qui nécessitent des soins médicaux immédiats ?	Oui1 Non2	1 504 2
502	Quels sont les signes de danger pour lesquels on vous a dit qu'il faut immédiatement recourir à des soins médicaux lorsque vous êtes enceinte ? <i>Enquêteur : Veuillez noter les réponses spontanées, puis posez les autres réponses non citées.</i>	Sans aide Avec aide Ne sait pas 01) Saignement vaginal128 02) Fièvre128 03) Fatigue excessive et de l'essoufflement128 04) Enflure du visage, des mains, des jambes128 05) Maux de tête sévères ou une vision trouble128 06) Soudain écoulement d'eau du vagin128 07) Respiration difficile128 08) Douleurs prématuées du travail128 09) Fœtus qui bouge moins ou bien ne bouge pas du tout128 10) Autre:128	
503	Durant la grossesse, les femmes doivent avoir des soins spéciaux et prendre des précautions. Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a fournis des informations/conseils pour vos soins ?	Oui.....1 Non.....2	1 2 505
504	Quels soins spéciaux et précautions vous-a-t-on demandés de prendre lorsque vous êtes enceinte ? <i>Enquêteur : Veuillez noter les réponses spontanées, puis posez les autres réponses non citées.</i>	Sans aide Avec aide Ne sait pas 1) Ne pas fumer128 2) Ne pas boire de l'alcool128 3) Réduire ma consommation de sel128 4) Prendre une douche tous les jours128 5) Eviter de beaucoup travailler et de soulever des objets lourds128 6) Me reposer autant que possible128 7) Mettre mes pieds en hauteur quand je me repose128 8) Garder de l'argent à proximité pour les transports d'urgence128	
505	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a parlé de l'importance de prendre du fer et de l'acide folique ?	Oui1 Non2	1 2
506	Est-ce que vous prenez des comprimés de fer et d'acide folique ?	Oui, fer et acide folique1 Oui, fer2 Oui, acide folique3 Non4	1 508 2 508 3 508 4

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
507	Pourquoi ne prenez-vous pas du fer et de l'acide folique ?	Je ne savais pas que je devais les prendre.....1 Je ne sais pas où les trouver2 Je n'ai pas d'argent pour les acheter3 Je crains qu'ils nuisent à mon bébé4 Ils ne sont pas disponibles dans la structure5 Mon époux, un membre de ma famille, une amie m'a conseillé de ne pas les prendre6 Autre :	
508	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a parlé de l'allaitement au sein ?	Oui.....1 Non.....2	511
509	Quelles informations/conseils avez-vous reçus sur comment et quand allaiter votre bébé au sein ? <i>Enquêteur : Veuillez noter les réponses spontanées, puis posez les autres réponses non citées.</i>	Sans aide Avec aide Ne sait pas 1) Comment allaiter le bébé au sein1.....2.....8 2) Comment régler les problèmes liés à l'allaitement au sein1.....2.....8 3) Donner le sein au bébé dans les 2 à 3 heures après la naissance1.....2.....8 4) Allaiter au sein exclusivement lors des 6 premiers mois après l'accouchement1.....2.....8	
510	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a informé de la date probable de l'accouchement ?	Oui.....1 Non.....2	
511	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a informé de la date de la prochaine CPN?	Oui.....1 Non.....2 Ne sait pas8	
Section 6 : Préparation à l'accouchement			
601	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire a discuté avec vous de choses que vous devriez avoir en préparation de votre accouchement ?	Oui1 Non2	604
602	Quels informations/conseils avez-vous reçus à propos des choses que vous devriez avoir pour l'accouchement et pour le bébé ? <i>Enquêteur : Veuillez noter les réponses spontanées, puis posez les autres réponses non citées.</i>	Sans aide Avec aide Ne sait pas 1) Transport en cas d'urgence1.....2.....8 2) Argent pour les urgences1.....2.....8 3) Discuter avec la famille à propos de la conduite à tenir quand le travail commence1.....2.....8 4) Habits pour la mère et le bébé1.....2.....8 5) Désinfectant1.....2.....8 6) Lames neuves/rasoirs1.....2.....8 7) Serviettes hygiéniques/ouate1.....2.....8 8) Gants1.....2.....8 9) Autre :1.....2.....8	
603	Lors de cette visite, est-ce qu'un prestataire a discuté avec vous de la structure où vous devriez accoucher ?	Oui1 Non2	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
604	Où est-ce que vous envisagez d'accoucher ?	Cette structure 1 Un autre hôpital public..... 2 Un autre hôpital privé 3 A domicile 4 Chez la sage-femme 5 Autre : Autre 8	
Section 7 : PTME du VIH			
701	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du SIDA?	Oui 1 Non 2	801
702	Savez-vous comment prévenir l'infection à VIH ? <i>Enquêteur : Veuillez cocher toutes les réponses.</i>	Utiliser un préservatif 1 Fidélité à un partenaire 2 Encourager son partenaire à rester fidèle 3 Abstinence sexuelle..... 4 Eviter de partager des rasoirs/aiguilles 5 Autre : Ne sait pas..... 8	
703	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a parlé du VIH ou du SIDA ?	Oui 1 Non 2	705
704	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit à propos du VIH ? <i>Enquêteur : Veuillez noter les réponses spontanées, puis posez les autres réponses non citées.</i>	Sans aide Avec aide Ne sait pas 1) Sans des soins appropriés, une mère séropositive peut transmettre le virus à son bébé. 1 2 8 2) Une femme séropositive peut infecter son enfant en l'allaitant au sein. 1 2 8 3) Allaiter exclusivement au sein réduit le risque d'infection du bébé par sa mère séropositive. 1 2 8 4) Il existe des médicaments qui aident à prévenir l'infection du bébé par sa mère séropositive. 1 2 8 5) Avoir plusieurs partenaires sexuels augmente le risque d'infection à VIH. 1 2 8 6) Le risque d'infection à VIH est élevé si le partenaire a plusieurs autres partenaires sexuels. 1 2 8 7) Utiliser le préservatif réduit le risque d'infection à VIH. 1 2 8 8) L'abstinence sexuelle réduit le risque d'infection à VH. 1 2 8 9) Une femme enceinte devrait faire le test VIH. 1 2 8 10) Le partenaire d'une femme enceinte devrait faire le test VIH. 1 2 8 11) Autre : 1 2 8	
705	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a offert de faire le test VIH dans cette structure, ou bien de vous référer ailleurs ?	Oui, faire le test dans cette structure 1 Oui, être référée dans une autre structure 2 Non 3	
706	Avez-vous fait le test aujourd'hui ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas..... 8 Non réponse 9	708

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
707	Avez-vous reçu le résultat du test VIH ?	Oui 1 Non 2	709 711
708	Avez-vous fait le test VIH durant cette grossesse ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8 Non réponse 9	711 711 711 711
709	Voudriez-vous me dire le résultat du test VIH ? S'il vous plaît, sachez que je garderai cette information confidentielle.	Séropositive 1 Séronégative 2 Ne voudrait pas communiquer le résultat 3 Ne sait pas 8	711 711 711 711
710	Avez-vous reçu un médicament pour traiter le VIH ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	
711	Est-ce que votre partenaire a été testé pour le VIH?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	
Section 8 : PTME des IST			
801	Avez-vous entendu parler de maladies que les hommes et les femmes peuvent avoir à travers les rapports sexuels, parfois appelées infections transmissibles sexuellement, ou IST ?	Oui 1 Non 2	805
802	Si une femme a une IST, quels sont les symptômes qu'elle pourrait avoir ? <i>Enquêteur : Veuillez cocher toutes les réponses</i>	Pas de symptômes 1 Douleur au bas-ventre 2 Ecoulement inhabituel ou anormal 3 Douleur brûlante à la miction 4 Ulcérations génitales / plaies 5 Enflure dans l'aine 6 Démangeaisons 7 Douleurs pendant les rapports sexuels 8 Verrues génitales 9 Autres : Ne sait pas 98	
803	Si un homme a une IST, quels symptômes peut-il avoir ? <i>Enquêteur : Veuillez cocher toutes les réponses</i>	Pas de symptômes 1 Douleur au bas-ventre 2 Ecoulement inhabituel ou anormal 3 Douleur brûlante à la miction 4 Ulcérations génitales / plaies 5 Enflure dans l'aine 6 Démangeaisons 7 Douleurs pendant les rapports sexuels 8 Verrues génitales 9 Autres : Ne sait pas 98	
804	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a parlé des IST ?	Oui 1 Non 2	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
Section 9 : Paludisme			
901	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a parlé de l'importance de prendre les médicaments antipaludiques durant la grossesse ?	Oui 1 Non 2	
902	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a remis ou vous a prescrit des médicaments anti-palustres ?	Oui, il m'a remis 1 Oui, il m'a prescrit 2 Non 3	
903	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a conseillé d'utiliser des moustiquaires imprégnées pour prévenir le paludisme ?	Oui 1 Non 2	
904	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a demandé si vous avez déjà reçu une injection de téтанos toxoid ?	Oui 1 Non 2	
Section 10 : Matériel d'IEC			
1001	Avez-vous reçu un matériel d'information lors de cette CPN ?	Oui 1 Non 2	1101
1002	Quel est le contenu de ces informations ?	Soins de santé de la mère et du bébé 1 PF 2 IST 3 VIH/SIDA 4 PTME du VIH 5 Implication des hommes 6 Autre : Ne sait pas 8	
Section 11 : Satisfaction au sujet des services			
1101	Combien de temps avez-vous attendu entre le moment où vous êtes arrivée dans cette structure et le moment où vous avez pu voir un prestataire pour la consultation ?	Heures Minutes A vu un prestataire immédiatement 97 Ne sait pas 98	
1102	Pensez-vous que le temps vous avez attendu est trop long, raisonnable, ou court ?	Trop long 1 Raisonnable 2 Court 3 Ne sait pas 8	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
1103	<p>Enquêteur : Expliquez que vous allez maintenant en passer en revue quelques expériences communes que les clients ont dans les établissements de santé. En posant chaque question, demandez à la cliente si elle a été satisfaite, insatisfaite, ou indécise quant à l'un des services aujourd'hui.</p> <p>Possibilité à discuter des problèmes ou des préoccupations au sujet de votre grossesse avec les prestataires..... 1 2 8</p> <p>Qualité de l'explication que les prestataires vous ont donnée concernant un problème ou un traitement..... 1 2 8</p> <p>Qualité de l'examen et du traitement que vous avez reçus..... 1 2 8</p> <p>Caractère privé de l'examen (d'autres clientes ne pouvaient pas vous voir) 1 2 8</p> <p>Caractère privé de la discussion (d'autres clientes ne pouvaient pas vous entendre) 1 2 8</p> <p>Propreté de cette structure..... 1 2 8</p> <p>Comment le personnel de la structure vous a traité ? 1 2 8</p> <p>Avez-vous été bien orientée 1 2 8</p> <p>Comment avez-vous été reçue ? 1 2 8</p> <p>.....ajouter des questions.....</p>	<p>Satisfait(e) Insatisfait(e) Indécise</p>	
1104	Souhaitez-vous recommander fortement, pas fortement, ou jamais à une amie cette structure pour les CPN ?	<p>Recommandera fortement..... 1</p> <p>Recommandera, mais pas fortement 2</p> <p>Ne recommandera jamais 3</p> <p>Ne sait pas..... 8</p>	
Section 12 : Implication des hommes			
1201	Est-ce que le père de l'enfant vous a accompagné lors de cette visite de CPN ?	Oui 1 Non 2	1203
1202	Lors de cette CPN, est-ce qu'un prestataire vous a demandé d'encourager votre partenaire à vous accompagner lors des visites de CPN ?	Oui 1 Non 2	
1203	Voudriez-vous que votre partenaire reçoive des informations sur les méthodes de PF ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas..... 8	
1204	Voudriez-vous que vous et votre partenaire parler avec un personnel de cette structure sur la manière dont vous deux pourriez être protégés contre l'infection à VIH ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas..... 8	
Section 13 : Couts			
1301	Combien avez-vous payé pour tous les services ou les traitements que vous avez reçus dans cet établissement aujourd'hui ? Combien avez-vous payé pour déplacement ?	a) Frais pour le carnet de CPN : FCFA b) Frais de consultation : FCFA c) Frais de laboratoire (tests) : FCFA d) Frais de médicaments : FCFA e) Autre : FCFA f) Je n'ai rien payé 0 FCFA g) Frais de transport (aller-retour) : FCFA h) Total: FCFA	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
1302	Que pensez-vous de ces couts ?	Ils sont acceptables 1 Ils sont trop élevés..... 2 Autre: Ne sait pas..... 8	

Section 14 : Accessibilité des services

1401	Par quel moyen de transport avez-vous pu vous rendre à la cette structure aujourd'hui ? <i>Enquêteur : Veuillez cocher toutes les réponses</i>	Taxi..... 1 Transport en commun 2 Train 3 Véhicule privé 4 Marche..... 5 Autre :	
1402	Environ combien de temps il vous a fallu pour vous rendre à la clinique aujourd'hui ?	En heures : En minutes :	
1403	Est-ce que les heures de service dans cet établissement vous conviennent ?	Oui 1 Non 2	1501
1404	Pourquoi ne vous conviennent-elles pas ?	
1405	Accueil		
1406	Orientation		
1407	Difficultés d'accès aux services		

Section 15 : Caractéristiques sociodémographiques

1501	Quel âge avez-vous ?	Age en années :	
1502	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Mariée 1 Concubinage/vit avec son partenaire 3 Célibataire (jamais mariée) 4 Divorcée/séparée/veuve..... 5	
1503	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ?	N'a pas fréquenté l'école 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur..... 4 Autre:	

Date et heure de fin : Date | | | / | | | / | | | |

Heure | | | h | | | mn

**Université de Pretoria
Faculté des Sciences de la Santé
Ecole des Systèmes de Santé et de Santé Publique**

Evaluation des activités du Centre Pilote de Soins Intégrés de Santé de la Reproduction dans un Hôpital Universitaire au Sénégal

Questionnaire destiné au personnel médical, paramédical et social

(Adapté et traduit de Assessing Integration Methodology⁽⁶⁾)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour. Nous faisons actuellement une étude sur la façon dont les services de PF sont liés à des soins prénatals dans ce Centre Pilote de Soins Intégrés en Santé de la Reproduction. Dans le cadre de cette étude, nous interrogeons tous les prestataires de santé qui offrent des soins prénatals, des services de planification familiale pour les femmes enceintes, et des activités pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Ces interviews ne sont pas pour évaluer les prestataires. Il s'agit de donner votre avis et de décrire vos pratiques dans la prise en charge des patientes et clientes de cette structure. Toutes les informations que vous fournirez seront confidentielles et seront traitées comme telles. Votre nom n'apparaîtra pas sur le questionnaire et il ne sera pas possible de vous identifier à travers ce-dit document.

En remplissant ce questionnaire, vous attesterz que vous avez lu et compris l'objectif de cette étude et que vous avez agi sans contrainte.

Date et heure de début : Date |_____|_____|/|_____|_____|/|_____|_____|

Heure |_____|_____|h |_____|_____|mn

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
Section 1 : Identification de la structure			
101	Date de l'interview	_____ _____ / _____ _____ / _____ _____ Jour Mois Année	
102	Nom de la structure	
103	Localité	
104	Type de structure	Hôpital 1 Centre de Santé avec maternité 2 Centre de Santé sans maternité 3 Poste de Santé avec maternité 4 Poste de Santé sans maternité 5 Dispensaire 6 Autre :	
105	Type de secteur	Public 1 ONG 2 Privé 3 Autre :	
106	Résultat de l'interview	Complète 1 Incomplète 2 Refus 3 Autre :	
Section 2 : Caractéristiques sociodémographiques et expérience professionnel			
201	Sexe	Masculin 1 Féminin 2	
202	Quel âge avez-vous ?	Age en années révolues : _____	
203	Quelle est votre qualification technique actuelle?	Médecin spécialiste 1 Médecin généraliste 2 Médecin interne des hôpitaux/DES 4 Infirmier/Sage-femme d'Etat 5 Auxiliaire/aide infirmier 6 Elève infirmier 7 Travailleur social 8 Autre :	
204	Depuis combien d'années êtes-vous diplômé à ce degré ?	Années : _____	
205	Depuis combien de temps avez-vous travaillé dans cet établissement?	Mois : _____ Années : _____	
206	Dans quelle unité ou département travaillez-vous habituellement durant ce mois ?	CPN 1 PF 2 Consultation gynécologiques 3 Echographie 4 Vaccination 5	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
		Voir la liste Autre :	
207	Quels sont les services spécifiques que vous fournissez dans cette structure ? <i>Cochez toutes les réponses</i>	Counseling PF01 Offre de méthodes contraceptives02 CPN03 Obstétrique (accouchement)04 Soins postpartum05 Traitement des complications d'avortement06 Counseling VIH/SIDA07 Test VIH/SIDA08 Traitement et soins VIH/SIDA09 Traitement IST10 Immunisation des nouveau-nés/enfants11 Suive de la croissance de l'enfant12 Soins curatifs pour les femmes13 Soins curatifs pour les enfants14 Autre :	

Section 3 : Integration of ANC and FP

301	Questions : (a) Au cours de votre carrière professionnelle, avez-vous déjà reçu une formation continue en lire 1 à 6J? Si vous avez reçu une formation [(a) = OUI], alors veuillez marquer en (b) si vous avez-reçu une formation continue l'année passée.	(a) A reçu une formation continue		(b) A reçu une formation continue l'année dernière		
		Oui	Non	Oui	Non	
	1) Counseling/éducation à la santé pour les clientes de la maternité	1	2	1	2	
	2) Techniques de counseling en PF	1	2	1	2	
	3) Counseling en PF pour les clients de la maternité	1	2	1	2	
	4) Avantages et désavantages des différentes méthodes contraceptives	1	2	1	2	
	5) Actions et mécanismes des différentes méthodes contraceptives	1	2	1	2	
	6) Contre-indications des méthodes contraceptives pour les femmes en période postpartum	1	2	1	2	
302	Quels sont les principaux services, informations ou orientation que vous fournissez aux clientes CPN ? <i>Veuillez cocher toutes les options pertinentes.</i>	Injections contre le tétanos.....1 Information sur les signes de danger pour la grossesse2 Information sur la nutrition3 Counseling sur les IST4 Counseling VIH/SIDA5 Information l'allaitement au sein6 Counseling PF7 Information sur les signes de l'accouchement.....8 Autre :				
303	Au cours des visites de CPN, avez-vous fournis des	Oui1				

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
	informations sur la PF?	Non.....2	313

No.	QUESTIONS	REPONSES			ALLER A
304	Pendant les CPN :		Oui	Non	
	1) Faîte-vous un counseling aux femmes intéressées pour le choix d'une méthode de PF adaptée après leur accouchement ?	1	2		
	2) Dites-vous aux femmes enceintes où elles pourraient obtenir des méthodes de PF après leur accouchement ?	1	2		
	3) Informez-vous les femmes enceintes de l'importance d'utiliser une méthode contraceptive à partir du 40 ^e jour après leur accouchement ?	1	2		
	4) Fournissez-vous des informations sur la MAMA ?	1	2		
305	5) Encouragez-vous les clientes de se rendre dans les structures de santé avec leur nouveau-né au 40 ^e jour après leur accouchement ?	1	2		
	Quelles sont les principales activités que vous faites lorsque vous parlez de PF avec les clientes CPN ?	Identifier les objectifs de la patiente en matière de reproduction.			1
	<i>Veuillez ajouter et coucher toutes les options pertinentes.</i>	Fournir des informations sur les différentes méthodes contraceptives.			2
		Discuter les préférences de la cliente en matière de contraception.			3
		Aider les femmes à choisir une méthode adaptée			4
		Instruire les femmes dans sur l'utilisation de la method choisie.			5
306	Pour chacune des méthodes contraceptives listées ci-après, est-ce que vous :				
	1) Connaissez-vous la méthode suffisamment bien pour faire un counseling et la fournir à une cliente ?				
	2) Connaissez-vous la méthode suffisamment bien pour faire un counseling, mais pas pour la fournir à une cliente ?				
	3) Connaissez-vous un peu cette méthode, mais n'êtes pas à même de faire un counseling ou bien la fournir à une cliente ?				
	4) Ne connaissez-vous pas cette méthode ?				
		Connais bien la méthode pour counseling et offre	Connais bien la méthode pour counseling mais pas offre	Connais un peu la méthode mais pas counseling ou offre	Ne connais pas la méthode
	1) Pilules contraceptives combinées	1	2	3	4
	2) Pilules progestatives minidosées	1	2	3	4
	3) Pilules de contraception d'urgence	1	2	3	4
	4) Contraceptifs progestatifs injectables	1	2	3	4
	5) Injectables mensuels	1	2	3	4
	6) Patchs combinés	1	2	3	4
	7) Anneaux vaginaux combinés	1	2	3	4
	8) Implants Jadelle	1	2	3	4
	9) Implants Implanon	1	2	3	4
	10) Implants Norplant	1	2	3	4
	11) DIU	1	2	3	4
	12) Méthode des Jours Fixes	1	2	3	4
	13) Préservatifs masculins	1	2	3	4
	14) Préservatifs féminins	1	2	3	4
	15) Diaphragmes	1	2	3	4

No.	QUESTIONS	REPONSES				ALLER A
	16) Spermicides	1	2	3	4	
	17) Capes cervicales	1	2	3	4	
	18) Stérilisation féminie	1	2	3	4	
	20) Méthode de la glaire cervicale et autres méthodes naturelles	1	2	3	4	
	21) Coït interrompu	1	2	3	4	
	22) Autre :	1	2	3	4	
307	Lors des CPN, encouragez-vous les femmes à attendre quelques temps avant d'avoir une autre grossesse ?	Oui	1			
		Non	2			
308	Selon vos connaissances, quel est l'intervalle de temps idéal entre deux grossesses pour préserver la santé de la mère ?	Moins de 2 ans	1			
		2 – 3 ans	2			
		3 – 5 ans	3			
		Autre :				
309	Lors des CPN, discutez-vous avec vos patientes sur la période la plus indiquée pour leur prochaine grossesse ?	Oui	1			
		Non	2			
310	Selon vos connaissances, au bout de combien de temps après son accouchement une femme peut-elle encore tomber enceinte ? <i>Veuillez cocher toutes les options pertinentes.</i>	Quatre semaines après l'accouchement, si elle ne pratique pas l'allaitement maternel exclusif	1			
		Dès que les menstruations reprennent	2			
		Six mois après l'accouchement, si elle pratique l'allaitement maternel exclusif	3			
		Autre :				
		Ne sait pas	8			
311	Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées dans cette structure en offrant des services de PF aux clientes CPN durant les 3 derniers mois ?	Manque de fournitures	1			
		Manque de personnel qualifié	2			
		Manque d'équipement	3			
		Défaillance des équipements	4			
		Structure non appropriée	5			
		Ne pense pas être suffisamment formé	6			
		Pas assez de temps pour faire le counseling aux clientes	7			
		Autre :				
312	Y a-t-il des protocoles ou guides, dans cette structure, pour la fourniture de services de PF pour les clientes des CPN ?	Oui	1			
		Non	2	401		
		Ne sait pas	8	401		
313	Quel est votre degré de connaissance de ces protocoles ou guides pour l'offre de services de PF aux clientes CPN ?	Très bien	1			
		Moyennement	2			
		Ne connaît pas bien	3			
Section 4 : ANC experience, knowledge, and practices						
401	Est-ce que vous offrez actuellement des services de CPN ?	Oui	1			
		Non	2	501		
402	Pendant combien d'années avez-vous fourni ce service, y compris dans une autre structure ?	Durée :	__ __	ans		
		<i>Veuillez mettre "00" (zéro) s'il s'agit de moins d'un an</i>				
403	Est-ce que cette structure de santé a élaboré des	Oui	1			

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
	protocoles pour les CPN ?	Non 2	405
404	Quel est votre degré de connaissance des protocoles pour les CPN ?	Très bien 1 Moyennement 2 Ne connais pas bien 3	
405	Combien de CPN recommandez-vous aux femmes ayant une grossesse normale ?	Nombre de CPN : <input type="text"/> Ne sait pas 8	
406	Combien de CPN recommandez-vous aux femmes ayant une grossesse à haut risque ?	Nombre de CPN : <input type="text"/> Ne sait pas 8	
407	Quel test de laboratoire demandez-vous aux femmes qui viennent pour leur CPN ? <i>Veuillez compléter et cocher toutes les options pertinentes.</i>	VIH/SIDA 01 Syphilis 02 Gonorrhée 03 Test de l'anémie 04 Test de protéinurie 05 Test d'urine pour glucose 06 Groupage sanguin 07 Paludisme 08 Tuberculose 09 Autre :	
408	Quels sont les signes de danger de la grossesse ? <i>Veuillez compléter et cocher toutes les options pertinentes.</i>	Tout saignement vaginal 01 Fièvre 02 Fatigue excessive et essoufflement 03 Enflure au visage, aux mains et aux jambes 04 Sévères maux de tête et vision trouble 05 Soudain écoulement d'eau dans le vagin 06 Respiration laborieuse 07 Douleur de travail prématurée 08 Le fœtus bouge moins ou bien ne bouge plus 09 Autre :	
409	Lorsque vous conseillez une femme pour la préparation de son accouchement, quels sujets abordez-vous avec elle ? <i>Veuillez compléter et cocher toutes les options pertinentes.</i>	Le moment où l'accouchement est imminent 01 Identifier une structure de santé pour une éventuelle urgence 02 Identifier une structure de santé pour l'accouchement 03 Mettre de l'argent de côté pour une éventuelle urgence 04 Prévoir un moyen de transport pour une éventuelle urgence ou pour l'accouchement 05 Avoir un accompagnateur/accompagnatrice lors de l'accouchement 06 Collecter et préparer les produits de base pour la naissance 07 Autre :	

No.	QUESTIONS	REPONSES				ALLER A
410	Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez fait face dans cette structure en offrant des services de CPN durant les 3 derniers mois ?	Manque de fournitures 1 Manque de personnel qualifié 2 Manque d'équipement 3 Défaillances dans les équipements 4 Structure inappropriée 5 Ne pense pas être suffisamment formé 6 Pas assez de temps pour faire le counseling aux clientes 7 Autres :				
Section 5 : Supervision						
501	Durant les 6 derniers mois, est-ce qu'un superviseur a parlé avec vous à propos de votre travail, ou bien vous a observé travailler ?	Oui 1 Non 2				601
502	Combien de fois Durant les 6 derniers mois votre travail a-t-il été supervisé ?	Nombre de fois : ____				
503	Est-ce que votre superviseur a fait les actes suivants la dernière fois qu'il a supervisé votre travail ?				Oui	Non
	1) Vérifié vos enregistrements				1	2
	2) Observer votre travail				1	2
	3) Fournir un feedback sur vos performances				1	2
	4) Fournir des mises à jour sur les aspects administratifs ou techniques relatifs à votre travail				1	2
	5) Discuter des problèmes que vous avez rencontrés				1	2
Section 6 : PTME du VIH						
601	Questions : (a) Au cours de votre carrière professionnelle, avez-vous déjà reçu une formation continue en [lire 1 à 5]? Si vous avez reçu une formation [(a) = OUI], alors veuillez marquer en (b) si vous avez-reçu une formation continue l'année passée.				(a) A reçu une formation continue	(b) A reçu une formation continue l'année dernière
	Oui	Non	Oui	Non		
	1) PTME du VIH/SIDA				1	2
	2) Counseling pour la prévention de l'infection à HIV				1	2
	3) Counseling/support social pour les clientes séropositives				1	2
	4) Gestion médicale des clientes séropositives				1	2
	5) Thérapie antirétrovirale pour les clientes séropositives				1	2
602	Durant les CPN, fournissez-vous des informations ou bien faites-vous un counseling aux femmes enceintes à propos du VIH/SIDA ?	Oui 1 Non 2				701
603	Est-ce que cette structure dispose de protocoles ou guides sur la PTME du VIH pour les CPN ?	Oui 1 Non 2 Ne sais pas 8				605
604	Quel est le degré de votre connaissance de ces protocoles?	Très bien 1 Moyennement 2 Ne connais pas bien 3				605

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
605	Veuillez décrire les 4 piliers de la PTME du VIH.	Prévention primaire de l'infection à VIH 1 Prévention des grossesses non souhaitées parmi les femmes séropositives 2 Prévention de la transmission du VIH des mères à leurs enfants 3 Traitement, soin et support aux femmes séropositives ainsi que leurs familles 4 Autres : Ne sait pas 8	
606	Quelles sont les principales informations sur le VIH/SIDA que vous fournissez aux femmes durant leurs CPN ? <i>Veuillez compléter et cocher toutes les options pertinentes.</i>	Sans des soins appropriés, une mère séropositive peut transmettre le virus à son bébé. 01 Une femme séropositive peut infecter son enfant en l'allaitant au sein 02 Allaiter exclusivement au sein réduit le risque d'infection du bébé par sa mère séropositive. 03 Il existe des médicaments qui aident à prévenir l'infection du bébé par sa mère séropositive. 04 Avoir plusieurs partenaires sexuels augmente le risque d'infection à VIH..... 05 Le risque d'infection à VIH est élevé si le partenaire a plusieurs autres partenaires sexuels. 06 Utiliser le préservatif réduit le risque d'infection à VIH. 07 L'abstinence sexuelle réduit le risque d'infection à VIH. 08 Une femme enceinte devrait faire le test VIH. 09 Le partenaire d'une femme enceinte devrait faire le test VIH. 10 Autre :	
607	Quels types de messages voudriez-vous donner aux mères séropositives pour promouvoir un allaitement au sein plus sûr ? <i>Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.</i>	Allaitement maternel exclusif durant 6 mois 01 Sevrage brusque 02 La mère doit s'assurer que le bébé est tenu et positionné correctement par rapport au sein afin d'éviter des problèmes avec le mamelon 03 De rapidement requérir un avis médical pour des problèmes mammaires 04 A partir de 6 mois environ, la mère peut donner des aliments à l'enfant 3 fois par jour, ainsi que des fruits frais et des légumes..... 05 Les mères ainsi que leurs partenaires devraient avoir des rapports sexuels protégés. 06 Les moments de leurs prises de médicaments, ainsi que leurs enfants 07 Autre :	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
608	Quel counseling faites-vous pour toutes les clientes CPN pour la PTME du VIH pendant la période postpartum ? <i>Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.</i>	Ne fait aucun counseling1 Test de routine et counseling pour VIH2 Eviter les IST par l'usage du préservatif3 Etre fidèle4 Avoir un partenaire fidèle5 Eviter l'infection de la mère par les rapports sexuels protégés6 Encourager le test du partenaire7 Autre :	
609	Quel counseling faites-vous aux clientes séropositives pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH durant la période postpartum ? <i>Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.</i>	Ne donne aucun counseling01 Allaitement maternel exclusif lors des 6 premiers mois après l'accouchement02 Allaitement maternel exclusif, puis arrêt de l'allaitement dès que l'allaitement de remplacement est possible (si le bébé a moins de 6 mois d'âge)03 Si acceptable, faisable, sur et abordable, utiliser un allaitement de remplacement avec une préparation maison ou commercial04 En cas d'allaitement maternel, garder les seins sains05 Expliquer que leurs enfants doivent prendre des ARV06 Expliquer qu'elle devrait prendre leur ARV07 Lui dire que les lochies peuvent causer des infections chez d'autres personnes et donc elle devrait traiter avec précaution les tampons ou serviettes hygiéniques usagés (tachés de sang)08 Aller dans les services de VIH 2 semaines après l'accouchement pour une évaluation plus approfondie09 Les mères et leurs partenaires doivent adopter des pratiques sexuelles sécuritaires10 Autre :	
610	Selon votre propre expérience, quels sont les 2 principaux obstacles à la mise en œuvre des activités de PTME du VIH dans cette structure ?	1. 2.	

Section 7 : PTME des IST

701	Questions : (a) Au cours de votre carrière professionnelle, avez-vous déjà reçu une formation continue en [lire 1 à 4]? Si vous avez reçu une formation [(a) = OUI], alors veuillez marquer en (b) si vous avez-reçu une formation continue l'année passée.	(a) A reçu une formation continue		(b) A reçu une formation continue l'année dernière	
		Oui	Non	Oui	Non
	1) Gestion et traitement syndromique des IST	1	2	1	2
	2) Diagnostic Clinique et traitement des IST	1	2	1	2
	3) Counseling pour la prévention des IST	1	2	1	2
	4) Test de dépistage de la Syphilis (RPR)	1	2	1	2

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
702	Si une cliente CPN a un écoulement anormal, comment pourriez-vous déterminer si cet écoulement est causé par une IST ?	Quantité, couleur, odeur 1 Evaluation du risque (comportement) 2 Autre : Ne sais pas 8	
703	Comment traiteriez-vous une femme enceinte présentant un écoulement symptomatique d'une IST ?	Lui donner du flagyl 1 Lui donner du flagyl + RV 2 Flagyl, Erythromycine, Spectinomycine 3 Autre : Ne sais pas 8	
704	Comment traiteriez-vous une femme enceinte ayant la Syphilis ?	Lui donner, de la pénicilline et à son partenaire.... 1 Continuer avec l'érythromycine 500mg 2 Utiliser l'approche syndromique pour les IST 3 Autre : Ne sais pas 8	
705	Comment traiteriez-vous une femme enceinte présentant un ulcère génital ?	Erythromycine et pénicilline 1 Autre : Ne sais pas 8	

Section 8 : Paludisme

801	Veuillez mentionner les trois moyens pour contrôler le paludisme durant la grossesse. <i>Veuillez cocher toutes les réponses correctes</i>	Counseling aux patientes à propos de l'utilisation des moustiquaires imprégnées 1 Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec SP (fansidar) 2 Gestion des cas symptomatiques 3 Autre : Ne sais pas 8	
802	Quel médicament anti-palustre est recommandé à titre préventif ?	
803	A quelles périodes de la grossesse devriez-vous administrer la 1 ^{ere} dose anti-palustre (SP) à titre préventif ?	Durant le 2 ^e trimestre (16 à 24 semaines/ 4 à 6 mois) 1 Autre : Ne sais pas 8	
804	A quelles périodes de la grossesse devriez-vous administrer la 2 ^e dose anti-palustre (SP) à titre préventif ?	1 2 Ne sais pas 8	

No.	QUESTIONS	REPONSES	ALLER A
Section 9 : Anémie			
901	Quelles sont les quatre causes majeures de l'anémie gravidaque ? <i>Interviewer: Mark all that apply.</i>	1 2 3 4 Ne sais pas 8	
902	Comment rechercheriez-vous les signes et symptômes d'anémie chez vos patientes ? <i>Veuillez compléter et cocher les réponses pertinentes</i>	Test de l'hémoglobine 1 Demander à la patiente si elle ressent des lourdeurs dans ces jambes. 2 Demander à la patiente si elle a quelques fois des difficultés à marcher. 3 Demander à la patiente si elle a quelques fois des bourdonnements d'oreille 4 Demander à la patiente si elle ressent quelques fois des palpitations..... 5 Demander à la patiente si elle a quelques fois des vertiges qui l'obligent à s'arrêter de marcher 6 Examiner la paume de la main, la base des ongles, la partie interne des paupières et la langue (pâleur). 7 Autre :	

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ! »

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président du jury

.....

Vu :

Le Doyen de

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop
de Dakar et par délégation

Le Doyen

Pr. Abdarahmane DIA

RESUME

Objectifs : Evaluer l'intégration de planification familiale au cours des consultations prénatales

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale menée au Centre pilote de la CGO du 09/08/2011 au 10/05/2012. Nous avons inclus dans l'étude toutes les gestantes venues à la consultation et tous les prestataires qui étaient présents durant notre période d'étude et qui ont accepté d'y participer. Pour le personnel soignant, un questionnaire leur a été remis. Les clientes ou patientes étaient interviewées à l'aide d'un questionnaire structuré. Les interviews se sont déroulées après qu'elles aient reçu les soins ou services, et avant qu'elles n'aient quitté le Centre Pilote.

Résultats : Le questionnaire a été proposé à 203 patientes, 193 ont accepté d'y répondre, soit un taux d'acceptation de 95,1%. Quant aux prestataires, 17 ont rendu le questionnaire sur les 20 distribués soit un taux de participation de 85%. L'âge moyen était de 30,3 ans. La majorité était instruite (81,8%). Le nombre moyen d'enfants vivants par femme était de 1,2. La majorité des clientes interrogées (81,3 %) ont manifesté le désir d'avoir d'autres enfants dans le futur et désiraient espacer leurs naissances d'au moins deux ans (99,4%).

Concernant la planification familiale, seules 11,4% des clientes avaient reçu un document écrit sur la PF au décours de la CPN et 10,9%, une information relative à l'intervalle de temps idéal entre deux grossesses. Moins de 20% (18,1%) avaient reçu des informations sur les moyens d'éviter une grossesse. Une proportion de 89,6% des patientes a manifesté le désir d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement ; 31% préféraient une méthode longue durée. Pour 24,9% des clientes, leur période désirée de début de contraception était le post-partum immédiat. Dix-sept (17) prestataires ont répondu au questionnaire : 4 médecins, 11 sages-femmes et infirmiers et 2 travailleurs sociaux. L'âge moyen des prestataires était de 46,3 ans, 76,4% étaient diplômés depuis plus de 10 ans. En ce qui concerne la PF, la formation continue reçue concernait plus les aspects techniques (64,7%) que sociaux (counseling et éducation). Tous les prestataires affirment encourager les patientes, au cours des consultations prénatales ou au décours d'un contact d'opportunité, à attendre quelques temps avant une nouvelle grossesse. La majorité d'entre eux (88,2%) considéraient que l'intervalle de temps idéal avant une nouvelle grossesse est de 2 à 3 ans. Tous les prestataires offrant des services de CPN disent aborder le sujet de l'espacement des naissances avec les patientes au cours des visites prénatales. Seuls 3 prestataires (17,6%) ont été supervisés au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

Conclusion : Il ressort de cette étude des acquis et des insuffisances par rapport à la nature et à la complétude des informations délivrées. Le renforcement de la sensibilisation et de la formation continue permettra de réduire les occasions manquées en planification familiale et, par effet indirect, diminuer le taux de besoins non satisfaits en PF dans notre pays.

Mots clés : Intégration des soins, Consultation prénatale, Planification familiale